

Thèse

TRAITEMENT
DES
AFFECTIONS CUTANÉES
PAR LES SCARIFICATIONS

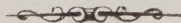
PAR

Venceslas BARTOSZEWICZ

DOCTEUR EN MÉDECINE DES FACULTÉS DE PARIS ET DE MOSCOU

Médaille des hôpitaux de Paris (externat)

Médaille des ambulances militaires (siège de Paris)



PARIS
ALPHONSE DERENNE

52, boulevard Saint-Michel, 52

1882

A LA MÉMOIRE DE MES CHERS PARENTS

Regrets éternels

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

dicale et complète de ces maladies, mais que les améliorations même, le plus souvent, n'étaient ni constantes, ni durables. Le traitement des affections aussi opiniâtres faisait souvent le désespoir des médecins et des malades. Mais si nous devons croire à ce vieil adage, que rien n'est constant sous le soleil, nous avons le droit d'espérer qu'en dermatologie, aussi bien que dans les autres branches de la médecine, les choses qui étaient considérées comme difficiles ou peu probables, peuvent devenir un jour possibles et bien praticables.

Si nous regardons dans le passé et si nous voulons établir une comparaison entre les moyens principaux dont la médecine disposait dans la première moitié de ce siècle et les moyens que nous possédons aujourd'hui, nous voyons sans peine que la thérapeutique de nos jours a des ressources beaucoup plus riches et plus applicables aux différents cas pathologiques que celles que la médecine possédait il y a trente ou quarante années. Si nous tenons compte des moyens anesthésiques, des nombreux hémostatiques, des appareils prothétiques, des différents antiseptiques, qui ont rendu de si grands services en chirurgie et si nous y ajoutons les découvertes et les améliorations faites dans les autres branches de la médecine, aucun doute sous ce rapport ne peut subsister.

En dermatologie proprement dite, le progrès n'est pas moins efficace. Non seulement au point de vue des recherches microscopiques, histologiques, recherches pratiquées sur le tissu enlevé chez les malades (biopsie); mais encore au point de vue purement thérapeutique, la dermatologie n'est pas restée en arrière relativement aux autres bran-

ches médicales. Il suffit de parcourir les services de MM. Vidal, Fournier, Besnier ou d'autres, pour rencontrer, presque à chaque lit, quelque nouveau traitement qui n'existait pas il y a dix ou douze ans et dont l'efficacité dépasse de beaucoup les moyens employés précédemment. C'est ainsi qu'on voit les malades traités avec succès par le râclage, les scarifications, le caoutchouc, les acides pirogalliques, rufigalliques ; les ulcères traités par la pommade ou l'emplâtre rouge (cinabre et minium), par les scarifications, le sous-carbonate de fer ; les chancres phagédéniques traités par une pommade ou une poudre à l'acide pirogallique, etc., etc.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549920_0073

TRAITEMENT DES AFFECTIONS CUTANÉES

PAR LES SCARIFICATIONS

INTRODUCTION

Le grand progrès que la thérapeutique dermatologique a fait dans ces derniers temps, est dû principalement à la direction particulière, que les médecins s'occupant spécialement de cette branche pathologique, ont voulu suivre dans le traitement des maladies de la peau. Nous voulons parler des moyens externes et principalement des moyens physiques, mécaniques ou chirurgicaux, appliqués, depuis un certain temps, au traitement des maladies de la peau et dont les résultats ont été plus heureux que ceux obtenus par les médicaments internes antidiathésiques et même par le plus grand nombre des topiques chimiques, dont on s'était servi jusqu'à cette époque. Grâce à cette nouvelle direction, plusieurs affections, qui autrefois étaient considérées comme tout-à-fait incurables ou excessivement opiniâtres, sont devenues curables et ont pu être guéries dans un espace de temps beaucoup plus court que celui que nécessitaient les différents moyens employés précédemment. Loin de nous la pensée de croire que, à notre époque, les moyens internes ne jouent aucun rôle dans le traitement

des affections cutanées et que les médicaments antidiathésiques ne présentent aucune utilité : mais des observations nombreuses nous obligent à reconnaître que leur rôle n'est ni aussi capital, ni même aussi important que le croyaient et que le croient encore certains dermatologistes d'une autorité incontestable. Sans parler de la syphilis, dans laquelle la médication interne agit d'une manière si efficace relativement à ses différentes manifestations cutanées, nous voyons que les autres maladies diathésiques comme la scrofuleuse, l'arthritisme, peuvent et doivent être, avec juste raison, traitées par les médicaments internes antidiathésiques, dans le but d'améliorer l'état général de l'organisme, d'amoindrir la puissance diathésique et ses influences sur les manifestations cutanées ; mais, dans tous les cas, il ne faut pas aller de Charybde en Scylla et il ne faut pas croire qu'avec ce traitement interne, antidiathésique, on fera disparaître les affections cutanées de nature arthritique, scrofuleuse, herpétique, ou assez souvent d'une nature difficile à définir, avec une aussi grande facilité que cela se fait le plus fréquemment dans les différentes manifestations syphilitiques. On ne voit presque jamais disparaître un lupus sous l'influence d'un traitement antiscrofuleux purement interne, quoique l'affection lupique soit généralement considérée comme une affection scrofuleuse. Les autres affections cutanées diathésiques, même d'une nature moins opiniâtre que le lupus, ne cèdent pas facilement à la médication interne, si cette médication n'est pas accompagnée de quelques moyens externes, de quelques topiques plus ou moins énergiques et surtout de moyens mécaniques ou chirurgicaux.

En considérant l'état actuel de la thérapeutique dermatologique, nous pouvons avancer hardiment que les moyens externes, les moyens mécaniques et chirurgicaux doivent jouer le rôle principal dans le traitement du plus grand nombre des affections cutanées et surtout des affections chroniques très opiniâtres, tandis que les moyens internes antidiathésiques doivent être considérés plutôt comme un traitement accessoire, traitement secondaire destiné à fortifier l'organisme, à faciliter le traitement externe et à donner de la résistance contre les nouvelles attaques de l'affection cutanée.

Avant de commencer la description des scarifications, qui constituent le sujet de notre thèse, nous nous permettrons de jeter un coup d'œil général sur quelques moyens mécaniques ou chirurgicaux, qu'on emploie dans les affections cutanées et dont on obtient des résultats plus ou moins avantageux. Parmi ces moyens nous devons citer : frictions avec des corps rugueux ou mousses, thermo-cautère, galvano-caustique, moyens de protection, etc.

Tous ces moyens n'agissent pas de la même manière. *L'enveloppement au caoutchouc* a une action antiphlogistique ; *les frictions* avec les corps rugueux ou mousses ont pour but de modifier la vitalité des éléments anatomiques, de les ramollir, d'activer la desquamation ou bien de remplacer une inflammation chronique par une inflammation aiguë substitutive.

Dans *le râclage*, *la scarification*, *le galvano-cautère* ou *thermo-cautère* il se produit une destruction de tissu, tantôt directement, tantôt par un véritable broiement, qui a pour

but d'enlever les parties malades et de favoriser le développement d'un tissu cicatriciel nouveau et indélébile.

Parmi les moyens de protection, on cite ordinairement l'emploi de poudres diverses : poudre de lycopode, carbonate de magnésie, sous-nitrate de bismuth, céruse, craie, poudre d'alun, oxyde de zinc (employé avec succès dans les inflammations légères des organes de la génération), etc.

Ces moyens de protection ont pour but d'empêcher le contact de l'air et de mettre la surface du corps à l'abri de toute influence extérieure.

On peut également utiliser, comme moyen de protection, les tissus imperméables. La première idée du traitement par le *caoutchouc* dans les affections de la peau est due au Dr Colson (de Beauvais), qui en 1869 publia un travail intitulé : *De l'emploi de la toile de caoutchouc vulcanisé dans les maladies dartreuses*.

M. Hardy employait très souvent l'enveloppement caoutchouqué dans son service, à l'hôpital Saint-Louis, et il communiqua ce traitement à M. Hebra (de Vienne), qui s'en servit immédiatement contre des lésions squameuses et contre le prurit des vieillards.

Un peu plus tard, M. Hardy vanta encore ce traitement dans son article « Eczéma, » du nouveau *dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*. « Il résulte, dit-il, de cet enveloppement, une diminution prompte et notable des phénomènes locaux, la chute des croûtes et le remplacement de la sécrétion sero-purulente par un flux sudoral abondant. C'est un moyen antiphlogistique puissant et dont j'ai constaté les bons effets, dans une multitude de cas, toutes les fois que les dispositions de la partie malade se

prêtent à cet enveloppement, je le préfère de beaucoup aux cataplasmes. »

En 1861, M. Pageot développa la théorie de M. Hardy dans sa thèse inaugurale « De l'emploi de la toile de caoutchouc vulcanisé dans les affections cutanées. » M. Guibout et Lallier s'en servaient très souvent pour remplacer les cataplasmes, dans plusieurs affections cutanées.

Fréquentant les différents services et suivant plusieurs cliniques de l'hôpital Saint-Louis, nous avons pu constater personnellement le fréquent usage du caoutchouc et les résultats favorables qu'il donne dans le traitement des affections cutanées. On peut employer tantôt les feuilles minces de cette substance, tantôt la toile caoutchouquée. A l'hôpital Saint-Louis, on emploie presque exclusivement la toile caoutchouquée, à cause de sa solidité bien grande, ce qui est indispensable si l'on considère que cette toile doit être changée et lavée très souvent. Outre le professeur Hardy, qui pendant son séjour à l'hôpital Saint-Louis a fait un usage si fréquent de cette toile, M. le professeur Fournier, M. Guibout et surtout M. Besnier s'en servaient et s'en servent aujourd'hui dans différents cas de maladies de la peau. M. Besnier a essayé d'appliquer ce traitement à presque toutes les affections cutanées et pour la plupart il obtenait des résultats plus ou moins satisfaisants. Même dans plusieurs manifestations syphilitiques de la peau, l'enveloppement caoutchouqué lui a donné quelques avantages, en qualité de traitement accessoire, à côté du traitement ordinaire spécifique de la syphilis. Malgré ces résultats favorables qu'on obtient par le caoutchouc, M. Besnier

recommande d'agir avec la plus grande précaution, ou même de s'abstenir complètement de l'usage de toile caoutchouquée dans des psoriasis invétérés, diffus, généralisés, pour éviter des accidents graves, qui ne se voient pas souvent dans le traitement par enveloppement caoutchouqué des autres affections de la peau.

Nous-même, dans notre clientèle privée, nous avons eu l'occasion d'essayer ce traitement dans plusieurs cas d'affections dermatologiques, comme eczéma généralisé, impétigo de la face, eczéma des oreilles, des avant-bras, pityriasis capitis, etc., et presque toujours nous avons obtenu des résultats assez satisfaisants et relativement rapides.

Comment agit l'enveloppement caoutchouqué ? Les opinions sont un peu variables sur ce sujet. Certains auteurs ont invoqué l'action du soufre qui se trouve dans le caoutchouc ; ensuite l'action électrique ; l'action de la compression, etc. Nous avouons franchement que toutes ces opinions sont complètement incompréhensibles pour nous, et que nous nous rangeons beaucoup plus volontiers aux opinions généralement admises par les médecins de l'hôpital Saint-Louis, selon lesquels l'enveloppement par le caoutchouc agit comme une espèce de cataplasme ou de bain continu ; l'uniformité de la température, due à l'occlusion complète, l'accumulation des produits sécrétés par la peau, produisent « un dégorgement réel, une diffusion de la partie malade » (Besnier).

De plus, la soustraction du contact de l'air et des vêtements, concourt à supprimer le prurit intense, qu'on rencontre dans certaines affections cutanées, soignées par ce pansement.

Pour faire usage de caoutchouc, on prend de la toile caoutchouquée, on coupe des morceaux dont on confectionne de véritables vêtements. On doit appliquer la toile directement sur la peau ; on comprend que la forme de l'enveloppe doit être calculée sur la partie à recouvrir. Pour la tête, on se sert d'une calotte se moulant sur le crâne, et exerçant une compression assez forte ; on peut la plisser et la fixer avec un tour de bande dans le cas où elle serait un peu trop large. S'il s'agit de recouvrir la face, on emploie un masque, avec des trous correspondant aux ouvertures naturelles, et on y ajoute un petit saccule pour placer le menton. Pour les membres, le tronc, en un mot les parties de formes régulières, l'enveloppement est beaucoup plus facile, et une large bande suffit très bien si l'on a la précaution de la maintenir avec une compresse, ou une autre bande de linge.

Dans certaines affections cutanées très étendues, comme, par exemple, eczéma généralisé, M. Besnier, aussi bien que certains autres de ses collègues de l'hôpital Saint-Louis a l'habitude de se servir de costumes complets, faits en toile caoutchouquée et enveloppant tout à fait le corps des malades, depuis la tête jusqu'aux extrémités des pieds. Tantôt ces costumes constituent une seule pièce, un seul vêtement, enveloppant complètement tout le corps, tantôt, au contraire, le gilet et le pantalon sont cousus séparément, mais leur longueur et leur largeur sont très suffisantes pour couvrir la totalité du corps. Les malades s'habituent facilement à ce costume dermatologique et peuvent le supporter très longtemps, pourvu que le caoutchouc soit lavé assez souvent. C'est pourquoi il est presque absolument néces-

saire de posséder deux costumes pareils ; l'un servira pour la journée et l'autre pour la nuit, lorsque le premier sera soumis au lavage et au dessèchement. M. Besnier préconise beaucoup de ne couvrir que les parties malades, dans le traitement par le caoutchouc, car la peau saine commence à s'altérer lorsqu'elle reste longtemps couverte par une toile imperméable.

Au point de vue des indications du traitement par le caoutchouc, on voit clairement, d'après ce qui a été dit, que son emploi peut et doit avoir lieu dans les cas où on aurait mis en usage les émollients (cataplasmes, bains, etc.), c'est-à-dire dans les cas « où l'élément phlegmasique joue un rôle important » (Besnier), affections caractérisées par des exsudations et un prurit plus ou moins intense ; nous voulons parler de l'eczéma, de l'impétigo, de l'ecthyma, etc.

Frictions. — Dans la haute antiquité, les frictions étaient déjà employées dans certains buts thérapeutiques. Asclépiade les préconisa, « il faisait dépendre la conservation de la santé de la juste proportion des pores avec les corpuscules auxquels ils doivent livrer passage. » Aujourd'hui on pratique les frictions dans différents buts. Le but principal des frictions est d'enlever certaines excroissances, certaines productions morbides du derme, efflorescences cutanées, pustules, croûtes, squames, etc.

Les frictions peuvent être faites avec différents tissus, dont l'emploi prolongé peut amener un état d'hypérémie. On sait, en effet, qu'une friction avec de la flanelle ou une étoffe un peu rude (friction sèche) amène promptement un érythème sur la partie frictionnée ; elles excitent localement la chaleur et la rougeur de la peau, une affluence du

sang plus grande dans les vaisseaux capillaires cutanés et sous-cutanés et développent la sensibilité de toutes ces parties.

Si on trouve qu'un tissu n'offre pas une surface assez rugueuse, on peut le remplacer par un corps dur plus ou moins pulvérisé. A la tête de ces substances employées, on doit citer la *pierre ponce* (lapis pumex), production vitreuse et d'origine volcanique. Cette substance, d'une constitution analogue à celle de l'éponge, est formée d'un stroma circonscrivant des aréoles plus ou moins parallèles. La pierre ponce agit encore chimiquement, sa composition chimique est la suivante : 50 à 75 pour 100 de silicate ; 5 à 10 d'alcalis et même, un peu de chlorure de sodium. On l'emploie, soit en fragments, soit pulvérisée et alors, répandue sur un morceau d'étoffe.

Afin d'en faciliter l'usage, on en a fait dans le commerce un savon qui porte le nom de *savon ponce* .

On a aussi employé le sable, surtout celui qui contient de la silice, du quartz ; il est de beaucoup préférable au sable contenant de l'argile et de la chaux, qui a l'inconvénient de former une véritable pâte quand il est en contact avec de l'eau. Il y a peu de temps qu'Ellinger (de Stuttgart) préconisa le traitement des affections de la peau par des frictions au sable ; il se servait de ce moyen pour combattre l'acné et les comédons : au bout de dix ou quinze jours de frictions, la peau était devenue parfaitement unie. Il cite des cas de guérisons de prurigo, obtenues chez des enfants, au moyen de frictions par le sable. Toutefois, dans l'intervalle des frictions, il recommande les préparations de goudron. Sous l'influence de ce traitement, la peau s'épais-

sit peu à peu et les malades sont débarrassés des démangeaisons qui les incommodaient tant. Il reconnaît l'efficacité de ce traitement dans toutes les maladies parasitaires, et Auspitz déclare avoir soigné, avec succès, l'herpès tonsurant et le pityriasis versicolor, par le même moyen.

A côté de ces corps, agissant d'une façon purement mécanique, nous devons dire un mot des frictions, agissant d'autre part par les substances qu'elles renferment ; nous voulons parler des *savons*.

Leur action est facile à comprendre, les sels neutres des acides gras, en présence de l'eau, se dédoublent en sels acides et basiques ; or, cet alcali agit sur les matières qui sont sur la peau ; d'un autre côté, la friction déplace les particules que l'on veut enlever et il y a ainsi une véritable suspension, qui permet l'enlèvement complet de ces corpuscules, et empêche leur dépôt sur d'autres points de l'organisme.

Le savon ne peut avoir d'effet curatif qu'autant qu'il est devenu médicamenteux, c'est-à-dire qu'on lui a incorporé certaines substances, agissant sur un élément morbide. Hebra donne la formule suivante de savon, qu'il emploie dans le lupus érythémateux.

Savon vert 120 grammes ; alcool rectifié 60 grammes, faites digérer pendant vingt-quatre heures, filtrez et ajoutez esprit de lavande, 8 grammes.

Beaucoup de substances ont été ajoutées au savon : de l'alcool, de l'iode, du sulfure de potassium, du goudron, du camphre, etc...

Traitement par le thermo-cautère et la galvano-caus-

tique. — Au lieu de recourir au râclage ou aux scarifications, plusieurs auteurs ont proposé, dans ces derniers temps, d'employer le thermo-cautère ou galvano-caustique.

Kaposi recommande vivement l'emploi du thermo-cautère de Paquelin. Il se sert de la pointe de platine pour détruire les noyaux du **lupus** isolés et il brûle, à l'aide du cautère en porcelaine, les infiltrations plus étendues. Les douleurs produites par ce procédé sont fort peu intenses.

Neumann se sert d'un nouvel appareil galvano-caustique construit par Leiter (de Vienne); il a détruit avec succès, à l'aide de cet instrument, les nodosités isolées du **lupus**.

Biffard préconise également l'emploi du traitement galvano-caustique, pour guérir le **lupus**. Suivant cet auteur, ce serait le seul moyen d'empêcher la récurrence et la propagation du mal.

Le traitement par excision combinée à l'autoplastie n'a pas besoin d'être critiqué. Mieux vaut, en effet, avoir une partie de la face, recouverte d'un tissu cicatriciel que de s'exposer à une opération dont le succès n'est pas assuré; d'autant plus que le lambeau peut devenir, à son tour, le siège d'une nouvelle infiltration morbide.

Le traitement par le râclage sera exposé en quelques mots, dans notre chapitre des scarifications en général.

CHAPITRE I

SCARIFICATIONS

Les notions que j'ai acquises sur cette nouvelle méthode du traitement des maladies de la peau, sont dues principalement aux leçons de M. Vidal aussi bien qu'à ses opérations très instructives. Pour compléter mes études sur ce sujet, j'ai fréquenté quelques autres services de l'hôpital Saint-Louis, notamment ceux de MM. Besnier, Fournier, Guibout, services dans lesquels il se trouve toujours un certain nombre de malades soumis à ce mode de traitement. J'ai puisé aussi quelques notions sur ce sujet dans certaines thèses, dont le nombre, du reste, est très restreint et dans lesquelles j'ai trouvé, tantôt le traitement du lupus, tantôt le traitement de quelques autres affections cutanées, par les scarifications linéaires. Mais je le répète encore, la source principale de mes études, dans cette méthode du traitement des maladies cutanées, a été la clinique de M. Vidal, et je dois reconnaître tout le fruit que j'ai retiré d'avoir assisté à ses nombreuses opérations, pendant lesquelles il a l'habitude de donner tous les détails relatifs aux procédés opératoires appliqués au traitement du lupus, du sycosis, de la couperose, etc., en même temps que toute l'utilité que m'ont apportée les notions accessoires qu'il nous a données sur les hémorrhagies consécutives à

l'opération, les moyens anesthésiques, la marche de la cicatrisation, etc.

Ayant suivi son service pendant plusieurs mois, surtout les jours d'opérations, j'ai eu l'occasion d'observer environ une centaine de personnes soumises au traitement par les scarifications linéaires, en y comprenant les malades des autres services, et le nombre des opérations que j'ai vues peut s'élever à quelques centaines, pour ne pas dire davantage.

M'appuyant donc sur ce champ d'observations assez étendu, qu'il me soit permis dans le cours de cette étude dermatologique, d'exprimer quelques opinions personnelles, qui m'ont été inspirées par les idées de mes maîtres, sûr d'avance que je suis de leur indulgence, si je commets quelque erreur.

Les médecins, qui, les premiers, ont employé les différents procédés opératoires, comme râclage, ponctions, scarifications, dans le traitement du lupus et d'autres affections opiniâtres de la peau, n'ont pas cherché, par ce procédé, à obtenir la guérison complète de la maladie ; mais, tout simplement, ils râclaient, ponctionnaient, scarifiaient, pour produire de petites solutions de continuité, dans lesquelles ils pouvaient introduire ensuite quelques substances caustiques et de cette manière agir sur les parties profondes de néoplasie. C'est dans ce but, que le docteur Angelo Dubini, de Milan, à qui appartient la priorité de cette méthode, se servait d'une espèce d'acupuncture, Lebenswecker (réveilleur de vie, de Baunscheidt). Il a employé cet instrument tout simplement pour faire pénétrer plus profondément l'agent caustique.

Volkman de Halle, le premier, a introduit en Allemagne la nouvelle méthode pour le traitement du lupus ; elle consiste : 1° dans le grattage, même jusqu'à l'enlèvement complet de l'infiltration lupeuse, avec des cuillers tranchantes ; 2° dans la scarification ponctuée multiple ou acupuncture (Sammlung Klinischer Vortrage, Leipzig, 1870, n° 13, *Über den Lupus und seine Behandlung*, von Richard Volkman, page 74, 75).

A l'aide du premier procédé, on enlève mécaniquement les infiltrations lypeuses; Volkman se sert, dans ce but, de la cuiller employée par Bruns, pour l'évidement et d'autres cuillers rondes, ovales, minces, tranchantes, modification de celles de Bruns et comme grandeur et comme forme. Le grand diamètre de ces cuillers est de 2 à 2 1/2 centimètres. Au bout d'un certain temps de pratique, l'opérateur peut distinguer, au toucher, le tissu friable et mou du lupus, des tissus sains plus résistants et se trouve en mesure de régler assez la force qu'il doit employer pour énucléer « convenablement » les tubercules de lupus, en ménageant le tissu normal environnant. Le résultat n'est pas tout à fait net, parce que l'infiltration lupeuse des gros réseaux se répand, en quantité microscopique, dans toutes les directions, le long des vaisseaux du chorion. Aussi, la cautérisation des plaies qui restent, est-elle nécessaire ; il faut encore un traitement qui fasse disparaître les petites infiltrations en question.

C'est pour remplir ce but que Volkman emploie la scarification ponctuée multiple. Elle a l'avantage d'attaquer directement les infiltrations lypeuses diffuses, tout en laissant la peau intacte.

On fait avec un couteau pointu, à lame très-étroite, dans

la peau malade, des centaines, même des milliers de piqûres, très rapprochées les unes des autres, de quatre millimètres et davantage encore. Dans bien des cas, la peau prend, après l'opération, une teinte plus ou moins douteuse, devient même blanche et semblable à de la viande de mauvais aspect, mais jamais on n'observe de gangrène. Les parties ponctuées sont ensuite recouvertes de charpie que l'on comprime pour arrêter l'hémorrhagie et qu'on laisse tomber d'elles-mêmes. On renouvelle ces ponctions trois, cinq et même huit fois dans un espace de deux à quatre semaines. La première fois, le couteau pénètre très facilement dans les tissus abondamment pourvus de proliférations cellulaires et l'hémorrhagie est très forte. Plus tard, on rencontre une résistance toujours de plus en plus prononcée. La peau devient aussi plus ferme, la rougeur et la tuméfaction anormales disparaissent. Il n'y a jamais de cicatrices.

Cette méthode agit et par la destruction de nombreux vaisseaux dilatés, comme dans la scarification de l'acné rosacea et des télangiectasies, et par l'inflammation consécutive, qui provoque la désagrégation et la résorption des infiltrations cellulaires.

Volkman déclare que « jusqu'à présent aucun cas de lupus n'a résisté à cette méthode », et que même des lupus graves ont été ainsi guéris, dans l'espace de six à huit semaines. C'est évidemment un très brillant résultat.

Ces méthodes opératoires de Volkman sont excessivement douloureuses et nécessitent, chaque fois, l'anesthésie du malade, anesthésie que Volkman emploie du reste à chaque cautérisation.

En un mot, on peut dire que les résultats donnés par l'acupuncture, constituent une conquête précieuse pour la thérapeutique active du lupus ; mais on ne doit pas l'employer d'une manière exclusive et elle ne peut pas donner la certitude d'une guérison positive et durable.

Volkmann employait encore, après un râclage préalable, la cautérisation avec le crayon d'azotate d'argent, pratiquée vers le troisième ou quatrième jour, alors que la plaie commençait à devenir rouge et à se couvrir de bourgeons charnus. Cette méthode a été imitée à Vienne par le professeur Ferdinand Hébra et à Lyon par M. Aubert (observations de malades traités par le râclage, publiées par MM. Aubert et Valla, *Lyon médical*, 1876, t. XXII, p. 439).

Profitant de l'historique du traitement du lupus par les scarifications linéaires, exposé par M. Vidal et dans ses leçons cliniques et dans sa note lue à l'Académie de médecine en 1879, je veux dire quelques mots sur le procédé de professeur Veiel de Caustalt, publié dans un mémoire, en 1871 à Tubingen : *Über den Lupus erythematosus*. Avec un scarificateur muni de six lames, en forme de lancettes aiguës, disposées parallèlement, il cherche à pénétrer jusqu'au fond de la néoplasie lupique ; puis, sur la surface ainsi piquée et divisée, il cautérise avec une solution composée de parties égales de chlorure de zinc déliquescent et d'alcool. Ce procédé est applicable à toutes les formes de lupus, tandis que le râclage est à peu près impossible dans le cas de lupus érythémateux. La cautérisation sur les plaies à vif, laissées par le sacrificateur, est des plus douloureuses. M. Vidal a démontré qu'elle est tout à fait superflue.

Les médecins de Vienne ont essayé d'appliquer le râclage à plusieurs affections cutanées comme l'épithélioma, la couperose, l'aéné vulgaire, l'eczéma chronique, le psoriasis, les ulcères de la jambe, etc. On trouve la relation de ces diverses opérations dans un article du docteur Hans Hébra, de Vienne, inséré dans le numéro du 18 décembre 1875 du Wiener medicinische Wochenschrift, traduit par le docteur P. Aubert, chirurgien de l'Antiquaille, et publié dans le *Lyon médical*, 9 avril 1876, sous le titre : *De l'emploi du râclage dans les maladies de la peau*.

M. Vidal cite assez souvent le nom d'un docteur de Londres, Balmano-Squire, qui remplaça les curettes volumineuses de Volkmann, par des curettes beaucoup plus petites, plus commodes à manier et permettant de ménager mieux le tissu sain, condition essentielle d'une cicatrice régulière. Consécutivement à cette opération préliminaire, l'habile médecin anglais fait sur la surface malade des scarifications linéaires avec une aiguille à pointe, en forme de losange, à deux tranchants, identique à l'aiguille à cataracte. Ces scarifications parallèles, distantes d'environ 4 millimètres, sont suivies, à deux ou trois jours d'intervalles, de nouvelles scarifications quadrillant les premières soit obliquement, soit perpendiculairement, mais toujours dans un sens différent. Il cautérise ensuite, à l'exemple de Veiel, avec la solution de chlorure de zinc dans l'alcool. Sa méthode est exposée dans un mémoire intitulé : On lupus disease of the skin and its treatment by a new method (*Medical Times and gazette*, 26 août 1876, t. II p. 223).

A la fin de l'année 1874, M. Vidal a reçu à l'hôpital Saint-Louis, la visite du docteur Balmano-Squire. Profi-

tant de cette occasion, il s'initia à la méthode des scarifications qu'il ne tarda pas à mettre en usage. En peu de temps, M. Vidal a perfectionné cette méthode, en mettant de côté ce qui était tout à fait inutile et en ne laissant que la partie indispensable de ce traitement. Il a abandonné le râclage préalable à la cautérisation par la solution de chlorure de zinc. Pendant quelques mois, après chaque scarification, il passait un pinceau imbibé de solution de perchlorure de fer. Un peu plus tard, M. Vidal a remarqué que l'application du perchlorure de fer est tout à fait inutile et il se contenta d'employer, comme moyen hémostatique, l'amadou ou le papier buvard, et en dernier lieu, une feuille de ouate.

MANUEL OPÉATOIRE

Différents modes de scarifications linéaires, appliqués aux différentes espèces de maladies de la peau.

Les instruments qu'on emploie dans le traitement chirurgical des maladies de la peau ne sont pas nombreux. Leur nombre devient encore plus restreint, lorsqu'on se borne à l'arsenal nécessaire pour pratiquer les scarifications linéaires ; car il suffit de posséder l'aiguille de Balmano-Squire, le scarificateur de M. Vidal et le scarificateur multiple, également inventé par Balmano-Squire, pour faire toutes espèces de scarifications. Les autres instruments, destinés à pratiquer l'acupuncture ou scarification ponctuée, et les instruments pour le râclage, seront décrits ailleurs. Ici je me bornerai à faire une description sommaire de ces trois

instruments, les plus importants dans le traitement par scarifications linéaires.

L'aiguille de *Balmano-Squire*, dont j'ai déjà parlé, un peu, dans l'histoire des scarifications, est une aiguille mince, délicate, à manche ressemblant aux autres instruments dermatologiques ou ophtalmologiques, à pointe en forme de losange, à double tranchant, identique à l'aiguille à cataracte. Cet instrument, malgré sa délicatesse très grande et sa forme perfectionnée, ne rend pas beaucoup de services dans le traitement par les scarifications linéaires, et les médecins de l'hôpital Saint-Louis qui s'en servaient souvent il y a quelques années, ne l'emploient aujourd'hui que bien rarement. C'est précisément la délicatesse excessive de l'aiguille de *Balmano-Squire* qui la rend peu usitée. Cette aiguille, à cause de sa minceur très grande, a besoin d'être repassée souvent et s'use rapidement. Elle ne supporte que deux ou trois repassages. Un autre inconvénient de cet instrument est sa flexibilité très grande qui diminue la sûreté de main de l'opérateur. M. Vidal ne recourt à l'usage de cet instrument que très rarement et précisément dans les cas où il veut attaquer, à travers la cicatrice, les petits tubercules de lupus, qui ont survécu aux premières opérations.

Scarificateur de M. Vidal. — Voyant les grands inconvénients que présente l'aiguille de *Balmano-Squire*, M. Vidal a remplacé cet instrument par un scarificateur plus solide, moins flexible et moins usable. C'est dans ce but qu'il a inventé un petit instrument à manche pareil à celui de l'aiguille de *Balmano-Squire* et muni d'une lame étroite de deux centimètres et demi de longueur, sur

deux millimètres et demi de largeur et terminée par une pointe triangulaire à deux tranchants, se réunissant sous un angle de 55° . Cet instrument rend beaucoup plus de service que le précédent : il ne se fléchit pas pendant l'opération, il n'a pas besoin d'être repassé trop souvent et il ne s'use pas aussi rapidement que l'aiguille de Balmano-Squire.

Scarificateur multiple de Balmano-Squire. — Cet instrument se compose d'un manche fort, épais, à l'une des extrémités duquel sont enchassées solidement douze ou seize lames à bords tranchants, légèrement convexes, séparées l'une de l'autre par un espace d'environ un demi millimètre. De chaque côté de ces lames associées ensemble, se trouve une plaque métallique, un ajutage disposés transversalement par rapport à la direction des lames tranchantes et destinés à ne permettre à ces lames de ne scarifier qu'à une certaine profondeur. Ce sont des plaques ou lames protectrices. Ce scarificateur multiple rend beaucoup de services, lorsqu'il faut agir sur des surfaces larges, bien étendues : on fait seize incisions à chaque coup et la douleur n'est pas relativement beaucoup plus grande, que quand on pratique une seule incision avec le scarificateur simple à une seule lame.

Pour se servir de cet instrument, on l'appuie fortement sur la peau légèrement tendue, puis on le dirige en droite ligne ; on obtient ainsi seize incisions parallèles, à un demi millimètre de distance. Alors, on ramène l'instrument au point de départ en le tenant toujours de la même manière, c'est-à-dire comme une plume à écrire, de façon que la première lame de gauche, par exemple, corresponde à la

dernière incision de droite, et on fait seize nouvelles incisions parallèles aux premières et ainsi de suite. On reprend ensuite les incisions en travers, c'est-à-dire qu'on fait une nouvelle série perpendiculaire aux premières, de façon que l'opération terminée, il y ait sur la peau un quadrillage.

L'instrument de Balmanno-Squire a de grands avantages : il permet de faire des incisions d'un parallélisme parfait et très rapprochées les unes des autres ; il évite des incisions trop profondes, capables de donner lieu à une cicatrice, il permet de faire un grand nombre d'incisions à la fois et par suite de diminuer la durée de l'opération et d'abrèger les douleurs ; mais il a aussi des inconvénients.

Son prix relativement élevé fait qu'il ne passera que bien difficilement dans le domaine public, et qu'il restera toujours confiné dans les mains des spécialistes. On a besoin, pour faire couper cet instrument à seize lames, de déployer une certaine force, et, quand une lame ne coupe plus, on est obligé de le démonter en entier et de le faire rajuster par un fabricant expérimenté.

Enfin, le mobile qui a poussé Balmanno-Squire à construire son instrument n'est pas aussi sérieux qu'il veut bien le dire. Ce chirurgien s'exagère beaucoup la difficulté qu'on a de faire des incisions parallèles avec un scalpel ordinaire : « pour y arriver, dit-il, il faut le talent d'un dessinateur, et tous les médecins n'ont pas l'habileté de main suffisante. » Il me semble que la difficulté opératoire dans les scarifications linéaires est trop exagérée par Balmanno-Squire. Des opérations beaucoup plus difficiles, plus compliquées et exigeant réellement une certaine habileté de la main, sont exécutées très convenablement par les méde-

cins de province, qui n'ont occasion de les faire que fort rarement ; à plus forte raison, la scarification de la peau, qui n'exige pas de connaissances anatomiques bien précises, qui n'expose les malades à aucun danger sérieux, qui ne fait pas éprouver à l'opérateur la crainte de faire du mal à l'opéré, par quelque maladresse ou quelque oubli d'un détail anatomique ou opératoire plus ou moins important. Bien entendu, chaque opération demande une certaine habitude, une certaine expérience pour agir habilement, rapidement et avant tout pour remplir les conditions exigées par la lésion que l'on se propose de traiter ; mais ici aussi bien que dans les autres genres d'opérations, leur exécution plus ou moins parfaite ne dépend pas autant de l'habileté de la main que de l'instruction nécessaire pour la diriger.

Avec le scarificateur simple à une seule lame, comme celui de M. Vidal, on peut agir d'une manière beaucoup plus libre, plus intelligente et faire varier la profondeur et la distance des incisions, au lieu d'avoir un instrument aveugle

Donc, malgré la longueur de l'opération, malgré la douleur plus souvent répétée qui en est la conséquence, il faut préférer le scarificateur à une lame, qui par sa simplicité et la modicité de son prix de revient, est à la portée de tous. Cependant, il y a des faits exceptionnels dans lesquels le scarificateur multiple de Balmanno-Squire peut rendre quelques services réels et je cite dans ma thèse plusieurs cas, où M. Vidal fait usage de cet instrument préférablement à tout autre scarificateur.

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE DES SCARIFICATIONS LINÉAIRES

Position des malades pendant l'opération

On peut opérer les malades dans les différentes positions : assis, couchés ou debout. M. Besnier a l'habitude d'opérer ses malades placés dans la position horizontale sur un lit, la tête appuyée contre un oreiller. Au besoin, un aide maintient la tête en la fixant solidement dans un état immobile. Je trouve que cette manière de pratiquer les scarifications ou râclage est très avantageuse. La tête du malade ou autre partie du corps, fixée solidement contre le lit, peut être maintenue complètement immobile pendant l'opération et ensuite, si le malade est faible, nerveux, prédisposé aux syncopes, il se trouve beaucoup mieux sur un lit que sur une chaise ou debout.

M. Vidal opère ses malades, le plus souvent, dans la position assise, surtout les malades du dehors, qui sont si nombreux et pour lesquels il sacrifie une heure et demie ou deux heures tous les mercredis. L'opérateur se place en face du malade, mais sur une chaise beaucoup plus élevée que celle de l'opéré ; de cette manière, les bras, les avant-bras et les mains de l'opérateur, se trouvent dans la position horizontale, même légèrement déclive et ne s'engourdissent pas facilement ; au contraire, si le malade restait au même niveau que l'opérateur, les mains de ce dernier seraient trop élevées, relativement aux racines des membres et l'engourdissement aurait lieu très rapidement.

Quelquefois, M. Vidal se met debout, derrière le malade

et opère, dans ce cas, en dirigeant son instrument de bas en haut. Il agit de cette manière, le plus souvent, lorsqu'il emploie le grand scarificateur à lames multiples de Balmanno-Squire. Il emploie cette manœuvre le plus fréquemment en scarifiant l'acné rosacea du nez.

Lorsqu'il s'agit de petits enfants, assez souvent il les garde dans la position debout ou assise, sur les genoux d'un aide. Préalablement, l'enfant doit être enveloppé dans une alaise ou un drap, afin de maintenir ses membres tout à fait immobiles.

Par scarification on comprend une opération, qui a pour but d'inciser, de dilacérer le tissu malade dans les différents sens, de détruire son organisation et sa structure morbide et de provoquer un processus inflammatoire, conduisant à la formation de cicatrices plus ou moins régulières. Je donne cette définition, faute de meilleure. Dans tous les cas, selon l'opinion de M. Vidal et de quelques autres dermatologistes, la destruction des produits pathologiques et la provocation d'une inflammation artificielle, sont les résultats des scarifications et en même temps les causes de la formation de cicatrices.

Pour pratiquer les scarifications linéaires avec l'aiguille de Balmanno-Squire, ou avec le scarificateur de M. Vidal, il faut tenir ces instruments comme une plume à écrire et il ne faut pas les serrer trop entre les doigts ; au contraire, ils doivent être maintenus assez délicatement, de façon à pouvoir suivre les variations de consistance de la surface envahie par le lupus. La pointe doit pénétrer jusqu'au fond des points ramollis, et entamer à peine le tissu sain. Scarifiant assez souvent, on arrive rapidement à reconnaître cette

différence de résistance et à se guider sur cette sensation tactile, pour mesurer l'impulsion qui doit être imprimée à l'instrument. M. Vidal a une telle habitude des scarifications et la sensibilité de sa main, par rapport à la résistance de différents tissus est tellement grande, qu'il peut opérer pour ainsi dire les yeux fermés.

La profondeur des scarifications doit être tout à fait en rapport avec l'épaisseur des tissus malades. S'il s'agit, par exemple, d'un *lupus vorax* ou *lupus exubérant*, il faut enfoncer assez souvent la lame de l'instrument, jusqu'à un et même deux centimètres d'épaisseur. M. Vidal, dans certains cas de néoplasie lupique bien profonde, porte sa lame du scarificateur jusqu'au manche. Il se guide ordinairement, en enfonçant l'instrument dans le tissu malade sur la différence de résistance que l'on éprouve, lorsque la lame passe du tissu malade dans le tissu sain, de nature fibreuse, et ensuite, sur un petit bruit, un grincement, produit par l'aiguille, dans son passage sur le tissu fibreuse. Dans le *lupus érythémateux*, les incisions doivent être tout à fait superficielles, longues, bien rapprochées et quadrillées. Lorsque le *lupus* est très étendu, on ne peut pas scarifier toute la surface malade d'emblée. Au contraire, il faut attaquer la néoplasie par des îlots, et M. Vidal insiste beaucoup surtout sur la scarification des bords de la lésion et de la zone d'envahissement, zone rouge dont les capillaires sont déjà congestionnés et dans laquelle se fait le processus précurseur de la néoplasie lupique.

La *douleur*, provoquée par les scarifications, n'est pas ordinairement très intense et rarement les dermatologistes ont besoin de recourir à l'anesthésie générale. M. Vidal

n'en emploie jamais. Si les malades paraissent très pusillanimes et très sensibles, on emploie l'anesthésie locale, comme l'éther pulvérisé au moyen de l'appareil de Richardson et par des applications d'un mélange réfrigérant de glace ou de chlorure de sodium. Au bout de quatre ou cinq scarifications, les malades s'habituent aux souffrances et renoncent aux anesthésiques, surtout à l'éther, qui en incommodé beaucoup, en pénétrant dans les yeux et les narines. Ensuite, les moyens anesthésiques locaux donnent lieu à des hémorrhagies plus grandes, consécutives à chaque scarification et retardent la cicatrisation.

Cependant, si les douleurs produites par les scarifications ne sont pas ordinairement très intenses, il y a des cas dans lesquels elles paraissent être vraiment atroces. — Je me rappelle très bien un malade infirmier, atteint d'une forme de lupus grave, qui, par crainte de douleurs, refusait souvent de se présenter les jours indiqués à la salle de scarification, et si de temps en temps il se soumettait à l'opération, il exprimait par ses mouvements, ses gestes et ses cris, les souffrances les plus cruelles. Un autre malade, séjournant dans le pavillon Gabrielle et portant un lupus à la face antérieure du cou, faisait un tapage inouï et exprimait des douleurs horribles pendant les scarifications. Presque tous les malades que j'ai examinés, en prenant mes observations, étaient d'accord pour reconnaître que les premières scarifications sont un peu plus douloureuses que les autres.

Comme moyen *hémostatique* pour arrêter l'hémorrhagie après chaque scarification, on se servait au commencement de perchlorure de fer ; mais plus tard, M. Vidal, et après

lui, plusieurs autres médecins s'occupant des scarifications, ont abandonné ce moyen un peu énergique, pour le remplacer par d'autres substances plus usuelles et plus communes, comme l'amadou, le papier buvard, les éponges et la ouate simple. J'ai remarqué dans le service de M. Bessnier, que les petites éponges y sont employées fréquemment, après les scarifications et qu'elles arrêtent assez rapidement l'hémorrhagie consécutive à ces petites incisions. M. Vidal a essayé l'amadou, le papier buvard, et s'est arrêté à l'usage de la ouate simple, comme moyen le plus facile à appliquer et le moins coûteux. Scarifiant en masse les malades de son service et ceux du dehors, il a cherché un hémostatique économique pour l'appliquer à ses opérés. Il met un morceau d'ouate sur la partie scarifiée, la comprime pendant deux ou trois minutes et l'hémorrhagie s'arrête rapidement. On réserve la solution de perchlorure de fer pour certains cas de *lupus vorax*, lorsque l'aiguille a dû dilacerer les tissus à une grande profondeur et que l'écoulement du sang est abondant, aussi bien qu'après les scarifications de membranes muqueuses situées profondément, comme la muqueuse nasale et la muqueuse buccale.

Après chaque scarification, les douleurs disparaissent au bout d'une ou deux heures ; on les modère encore bien en appliquant sur les parties scarifiées des compresses imbibées d'eau froide.

L'inflammation qui survient après les scarifications est plutôt utile que nuisible, car elle favorise le développement de la cicatrice. Si l'inflammation est très intense, il faut employer quelques antiphlogistiques : cataplasmes émollients, cataplasmes d'amidon ou de fécule de pommes de terre.

La guérison ne peut pas être obtenue après une seule scarification ; des observations nombreuses nous montrent que, dans le cas de lupus assez récent et d'étendue moyenne, il a fallu de six à dix scarifications pour être assuré que ce lupus était arrêté dans son développement et que la plupart de ses noyaux étaient détruits. Dans les autres cas, où l'étendue de la plaque de lupus était trop grande pour qu'on pût l'attaquer, chaque fois, dans son ensemble, le nombre de scarifications a bien dépassé cette moyenne, mais chaque point considéré isolément a été scarifié de six à dix fois ; certains tubercules tout récents ou déjà en voie de régression, ont pu être détruits en deux ou trois scarifications.

Après la disparition des tubercules de lupus sous l'influence de la scarification et après l'apparition de cicatrices plates, peu déprimées, mais légèrement colorées encore, on n'est pas bien sûr de la guérison complète du lupus ; car les scarifications linéaires ne sauraient avoir la prétention de s'opposer, d'une façon absolue, à la récidive, mais elles permettent, plus que tout autre traitement, de surveiller la marche curative de l'affection, de revenir, en quelques coups d'aiguille, sur un point douteux et cela d'une façon exacte. Lorsque la cicatrice s'est formée, le doigt passé légèrement peut sentir au travers d'elle des nodosités, si déjà elles n'ont été reconnues par la vue. Il est une façon de les apprécier beaucoup plus sûre : en éthérisant la plaque de lupus, la cicatrice et le tissu sous-jacent pâlisent, les noyaux de lupus sont alors vus par transparence, avec leur couleur jaunâtre spéciale et on peut, par suite, les attaquer avec l'aiguille d'une façon très précise.

Cette recherche des dernières efflorescences lueuses, venant après les huit ou dix scarifications du début, constitue, dans cette méthode de traitement, la période de *perfectionnement*. Celle-ci varie avec les sujets, d'après l'étendue de la plaque lueuse, et la facilité avec laquelle se font les poussées, mais le minimum de surveillance doit être de deux à trois mois.

La durée du traitement peut varier presque à l'infini, selon la forme du lupus ou d'une autre affection cutanée, leur profondeur, leur âge, etc. Les malades traités dans le service de M. Vidal et guéris de leur lupus, sortaient avec recommandation expresse de revenir, une fois par semaine, pendant un certain temps, afin qu'on pût surveiller attentivement la marche de l'affection et le résultat obtenu par la première série des scarifications ; pendant cette seconde période, il arrivait que, presque chaque fois, on avait besoin de toucher quelques points avec l'aiguille. Il ne faut pas hésiter à lacérer la cicatrice, s'il y a au-dessous un foyer de lupus, quelque petit qu'il soit, et à enfoncer l'aiguille profondément. Cette déchirure, en effet, ne laissera pas de traces.

Au premier abord, la résistance qu'on éprouve à percer le tissu cicatriciel peut induire en erreur ; on serait tenté de s'abstenir de toute intervention ; qu'on perce la cicatrice et ce point jaunâtre, vu par transparence, est mou, l'aiguille s'y enfonce au plus petit effort ; c'est un foyer de lupus qu'on doit attaquer d'autant plus vigoureusement qu'il est plus isolé et de guérison plus facile. C'est dans ces cas où les nodosités sont isolées et éparses, qu'au lieu des scarifications linéaires étendues, on peut se contenter de scarifica-

tions punctiformes. La cicatrice obtenue par les scarifications linéaires est lisse, plane, peu déprimée et souple ; au bout d'un temps plus ou moins long elle devient blanche. La sensation qu'elle donne au doigt est celle d'un mince parchemin se laissant plisser. Elle est, en un mot, de meilleur aspect que celle qui est donnée par tous les autres modes de traitement.

Comment agit la scarification et quelle est son influence sur la formation de la cicatrice ? Il est un peu difficile de donner une explication tout à fait certaine ; mais il est probable que ce traumatisme détermine une inflammation subaiguë dans le sein de la néoplasie, inflammation en vertu de laquelle les cellules déjà anciennes ou peut-être en voie de segmentation sont détruites, tandis que les cellules embryonnaires d'origine toute récente et le tissu conjonctif reçoivent, de ce fait, une irritation capable de diriger leur évolution vers la formation d'une cicatrice. Cette hypothèse n'est qu'un corollaire de la théorie de Kaposi, relative à la cicatrice naturelle du lupus.

Lorsque le lupus est très étendu, il est difficile de porter partout la scarification, il faut choisir les points à attaquer les premiers. La marche bien caractéristique de la maladie guidera dans ce choix : nous savons que le lupus a tendance à s'agrandir par la périphérie, en même temps qu'il guérit au centre. Il conviendra donc de scarifier, tout d'abord, la périphérie et il est vraiment remarquable de voir le lupus ne pas dépasser la zone scarifiée. Ce résultat se maintient non-seulement pendant le traitement, mais il est permis de croire qu'il est durable. Chez la plupart des malades le lupus est très étendu et le premier soin de l'opérateur est de

scarifier la périphérie de la néoplasie pour en arrêter l'extension. La scarification faite sur la peau saine, alors qu'elle ne dépasse pas la moitié de l'épaisseur du derme ne laisse pas de cicatrice. Maintes fois, M. Vidal a fait, à titre expérimental, des incisions qui dépassaient la zone malade et dix jours après on n'en trouvait pas trace.

Ce que nous disions de la peau saine à la périphérie du lupus est aussi vrai pour les tissus sous-jacents. La limite entre la partie malade et la partie saine, loin de se faire suivant un plan géométrique, suit les sinuosités du terrain naturellement inégal sur lequel la maladie s'est développée. On fait dans ces cas la curette. « On peut, dit Hébra, régler assez la force qu'il faut déployer pour énucléer convenablement les tubercules ; on n'enlève, en réalité, que la partie saillante, il reste des prolongements que la curette ne peut atteindre, parce que l'espace dans lequel ils sont situés ne peut admettre d'instrument. Suivant l'expression de M. Vidal, la curette enlève le sommet des montagnes, mais ne peut descendre dans le fond des vallées ».

La conclusion de ces faits est donc, qu'en attaquant le lupus à la périphérie, on ne doit pas craindre d'empiéter sur la peau saine, ce qui augmente les chances de ne point laisser échapper de néoplasie lupique, et en la poursuivant dans la profondeur on n'a point à redouter de léser les tissus sains : la résistance éprouvée par l'aiguille dans l'un et l'autre cas, les garantit contre l'attaque de l'instrument qui rebondit, pour ainsi dire, à leur niveau et retombe plus loin dans la dépression où siège le lupus. Il y a encore d'autres avantages des scarifications sur le râclage. La douleur causée par le râclage nécessite l'anest-

thésie générale, tandis que l'anesthésie locale suffit à la scarification et il est un certain nombre de malades, comme nous l'avons dit auparavant, qui, dès la troisième ou quatrième scarification, demandent à ce qu'on ne se serve plus pour eux d'éther ; surtout, lorsque les scarifications sont pratiquées sur une région très rapprochée de la bouche, de l'orifice des narines ou des yeux. A part cela, les moyens anesthésiques prédisposent aux hémorrhagies plus abondantes et au retard de la cicatrisation, ce que nous avons dit précédemment.

La cicatrice laissée par le râclage n'est point aussi belle que celle que donne la scarification. Le râclage laisse souvent la cicatrice rouge, ce qui, au visage, produit une difformité désagréable ; on dirait un érythème chronique. La scarification, au contraire, comme nous le savons déjà, donne assez rapidement la décoloration des parties malades, et, en moins de cinq mois, de larges plaques rouges sont devenues blanches.

La supériorité des scarifications sur le râclage n'a pas besoin d'être discutée. N'est-il pas évident que leur action ne peut être dirigée à la volonté de l'opérateur aussi sûrement que l'aiguille ; au lieu d'une mesure approximative de l'effet à obtenir, celle-ci nous donne exactement la profondeur de la néoplasie et nous en fait connaître les contours précis ; avec elle, le tissu sain est respecté, et, ce qui n'est pas sans importance dans l'espèce, la cicatrice laissée par le caustique est ici saillante et véloïdienne, là déprimée et inégale ; cette difformité s'accroît même souvent à mesure que vieillit la cicatrice. Tandis qu'après les scarifications, la cicatrice est plus ou moins lisse, souple, blan-

châtre, rappelant l'aspect de la peau normale et ce qui est bien curieux c'est que la répétition des scarifications sur la même région, scarifications sur les cicatrices formées par les opérations précédentes, non-seulement n'exagèrent pas la difformité cicatricielle, mais au contraire, selon l'opinion de M. Vidal, rendent la cicatrice plus régulière et plus belle par ces incisions répétées. Malgré tout cela, en scarifiant une région, il ne faut pas rester longtemps sur la même place, pendant chaque séance opératoire, car, dans des cas pareils, la douleur devient très vive.

Après avoir donné quelques notions générales sur les scarifications liénaires, je veux exposer les différentes affections cutanées, dans lesquelles cette méthode de traitement est employée, depuis quelque temps et dans lesquelles elle a donné des résultats relativement assez satisfaisant. Je ne peux pas entrer dans la description détaillée de toutes ces affections ; mais dans tous les cas, je suis, en quelque sorte, forcé de donner quelques notions brèves, une espèce de résumé des maladies, dans lesquelles j'ai eu l'occasion d'observer les résultats très favorables obtenus par cette méthode de traitement, et comme une preuve de ces résultats, je présenterai une certaine quantité d'observations, que j'ai recueillies à l'hôpital Saint-Louis, tantôt sur les malades de différents services, tantôt sur ceux qui viennent du dehors, pour se soumettre, une fois par semaine, à ce nouveau traitement chirurgical de différentes affections cutanées.

Je veux exposer, tout d'abord, le lupus avec ses différentes formes, comme le lupus érythémateux, tuberculeux : exedens et non-exedens, lupus vorax, lupus

acnéique et ensuite, taches vineuses ou érectiles, sycosis et couperose.

Dans chacune de ces maladies, je commencerai par une description très brève de la maladie elle-même, ensuite par un résumé de traitement qui était employé jusqu'à nos jours ; après je parlerai du traitement par scarifications linéaires appliqué spécialement à la maladie en question et enfin j'exposerai les observations concernant cette maladie.

Je crois que, procédant de cette manière, je ferai paraître le sujet plus clair, plus varié et en même temps plus facile et plus agréable à la lecture.

CHAPITRE II

LUPUS

Parmi les différentes affections de la peau, le lupus doit occuper un rang des plus importants, soit au point de vue de sa gravité, de ses tendances destructives, soit à cause de ses récidives fréquentes, de son opiniâtreté et de sa résistance à toute espèce de traitement. Je n'ai pas la prétention de donner une description complète du lupus, je m'écarterais, en effet, du sujet de ma thèse ; mais, décrivant le traitement de cette affection par scarifications linéaires, je suis, en quelque sorte, forcé de dire quelques mots sur la nature de la maladie, la variété et la gravité de ses différentes formes, tout en tenant compte que le procédé opératoire ou le mode de scarification, doivent varier selon la variété de forme du lupus. Le résultat même du traitement par scarification, la rapidité de la guérison, la marche de la cicatrisation dépendent beaucoup de la forme de la néoplasie lupique.

Sous le nom de lupus, on comprend une affection cutanée, une néoplasie maligne de la peau, dont la nature histologique est toujours la même, mais dont le siège, la forme, la marche et la tendance à la destruction sont très variables. Tantôt le lupus se développe très lentement, et n'envahit que les parties les plus superficielles du derme ;

tantôt, au contraire, sa marche est rapide, brusque, envahissante et destructive.

Hebra, M. Hardy, comme plusieurs autres dermatologistes, distinguent deux formes principales de lupus : la forme érythémateuse et la forme tuberculeuse. Mais entre ces deux formes principales, il y a plusieurs variétés de lupus d'une importance plus ou moins grande, au point de vue du pronostic et du traitement. Je veux parler du lupus *érythémato-tuberculeux*, du lupus *tuberculeux*, *non exedens* et *exedens* ou *ulcéreux*, lupus *vorax*, *térébrant*, *tumidus* ; etc., etc.

Le lupus est une affection du jeune âge et de l'enfance ; beaucoup plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, très fréquent dans la classe pauvre et bien exceptionnel chez les gens riches. La scrofule est, pour ainsi dire, la cause principale du lupus. Dans mes observations sur le traitement par scarification, j'ai pu constater que plusieurs malades, atteints de néoplasie lupique, présentaient, toujours, quelques antécédents de nature strumeuse. Cependant, il y a des cas exceptionnels, où la nature scrofuleuse du lupus n'a pu être clairement constatée. L'existence du lupus syphilitique n'est pas admise par tous les auteurs.

Le nom de lupus, connu des Latins, a traversé plusieurs siècles et s'est conservé jusqu'à nous. Chez les Grecs, il était connu sous le nom de dartre rongeanle. Huguier donne le nom d'esthiomène au lupus ou scrofulide de la vulve.

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

Le lupus *érythémateux* est une forme relativement rare, plus rare que certaines autres formes de lupus, et surtout que le lupus *tuberculeux*. Pour dix ou douze cas de ce dernier, on trouve à peine un lupus érythémateux. Hébra, le premier, a décrit cette forme de lupus et lui a donné le nom de *séborrhée congestive*. Les autres auteurs, comme Cazenave, Parkes, Bielt, ont parlé aussi de cette forme de lupus en lui donnant des dénominations variables. Il apparaît à un âge plus avancé que le lupus tuberculeux. C'est ordinairement à 18 ou 20 ans que le lupus *érythémateux* commence à se manifester. Beaucoup plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, il est exceptionnellement rare chez les individus avancés en âge. Il n'est jamais congénital, jamais contagieux, ni héréditaire. Les nombreux infirmiers de l'hôpital Saint-Louis, pour la plupart atteints de lupus, ne transmettent jamais cette affection aux malades auxquels ils donnent leurs soins.

Le lupus *érythémateux* débute, tantôt par de petites taches isolées, qui s'élargissent peu à peu et se transforment en plaques plus ou moins étendues ; quelquefois on voit apparaître plusieurs petites taches rapprochées, qui, au bout d'un certain temps, se réunissent et se transforment en plaques plus larges. Ces plaques ou taches présentent une coloration rouge vif, ou livide, pâlisant légèrement sous la pression du doigt, mais ne disparaissant pas complètement. Leur centre présente une légère dépression, il est plus pâle, presque cicatriciel, ou bien il est couvert d'une petite

squame mince, fortement adhérente, grasse au toucher. Cette squame centrale, ainsi entourée d'un liseré rouge, offre, au premier aspect, une certaine ressemblance avec une plaque isolée de favus. Ces taches s'épaississent, prennent souvent l'aspect discoïde. Vient-on à saisir la peau entre les doigts, on sent qu'elle est épaissie, infiltrée; le développement de ces plaques est centrifuge et le plus souvent symétrique. Elles s'élargissent par leurs bords périphériques, en blanchissant et se cicatrisent dans leurs parties centrales. A cause de leur disposition symétrique, elles prennent souvent une forme particulière et caractéristique, forme que Hébra compare à celle d'un papillon, dont le corps correspondrait au dos du nez et les ailes à la partie supérieure des joues. Lorsque le lupus érythémateux est accompagné de tuméfactions et d'indurations très prononcées, Hébra lui donne le nom de lupus *tumidus*.

Le lupus érythémateux occupe le plus souvent le nez, les joues, la lèvre supérieure, un peu plus rarement le pavillon de l'oreille, les paupières, le cuir chevelu. Dans ce dernier cas, les cheveux tombent au niveau des parties malades. Au bout d'un temps très variable, le lupus s'arrête dans son développement, reste stationnaire plus ou moins longtemps, et, enfin, subissant une régression, se termine par une cicatrice atrophique, parcheminée, ou dans des cas encore plus heureux, la néoplasie lupique disparaît absolument, sans laisser aucune trace de son existence. Si nous en exceptons quelques démangeaisons ainsi que quelques difformités, les malades, atteints du lupus érythémateux, n'accusent aucun autre symptôme morbide.

L'état général ne présente aucun phénomène anormal.

Anatomie pathologique. — Selon Kaposi, Neumann et Hèbra, la lésion primitive du lupus a son siège dans les glandes sébacées. Il y a une prolifération abondante des cellules en dedans aussi bien qu'en dehors des parois de ces glandes, oblitération de leurs conduits excréteurs, augmentation de leur volume et modification dans leur forme ; elles deviennent sphériques.

D'après les recherches microscopiques de M. Vidal et de quelques autres investigateurs modernes, le processus morbide débute autour des vaisseaux capillaires, et aussi par leur endothélium, comme dans toutes les néoplasies où se fait la prolifération des cellules embryonnaires. Ces cellules sont petites, réfringentes ; on les voit d'abord sous forme de noyaux, puis elles se segmentent par scissiparité, en deux, quatre, etc. Selon l'expression de Geber, les cellules embryonnaires sont rangées autour des vaisseaux, sous la forme de colonnes concentriques. Il paraît que les vaisseaux lymphatiques sont aussi le centre d'une prolifération active des jeunes cellules. Les follicules pileux s'altèrent aussi, sous l'influence de cette hyperplasie cellulaire. Les poils, ou tombent complètement, ou s'altèrent beaucoup en se décolorant et se divisent à l'extrémité libre, en forme de pinceau. Les papilles du derme tantôt s'allongent, tantôt s'inclinent vers le côté, tantôt acquièrent un volume très considérable. Ces nouvelles cellules, qu'on les examine dans le stroma de la papille, autour des glandes ou dans le chorion, forment, par leur nombre et leur disposition, l'élément caractéristique du lupus érythémateux.

Ordinairement, le lupus érythémateux ne dépasse pas les couches superficielles du derme ; mais, dans certains cas,

la prolifération cellulaire envahit toute l'épaisseur du derme et le tissu cellulaire sous-cutané. Dans certains endroits, la néoplasie est tellement abondante, que le tissu sain disparaît ; c'est la transition du *lupus érythémateux* au *lupus érythémato-tuberculeux*.

Après une durée plus ou moins longue de prolifération cellulaire, parmi les cellules placées dans le voisinage immédiat des vaisseaux, les unes deviennent finement granuleuses, les autres présentent les granulations plus volumineuses et des gouttes de graisse dans leurs cavités ; les papilles, les poils, les glandes disparaissent ; le tissu conjonctif se resserre, et il se forme une cicatrice blanchâtre, qui commence par le centre de la plaque du *lupus* et s'étend vers la périphérie.

En résumé, il y a dans le *lupus érythémateux* deux périodes ; l'une, de néoformation, dans laquelle on observe les lésions inflammatoires de la peau, avec une marche et une localisation particulière ; l'autre, de régression, caractérisée par la dégénérescence de ses éléments et la résorption de leurs débris (Lelongt. thèse inaug. 1877).

Sur la surface du *lupus érythémateux*, il se produit le plus souvent une exfoliation épidermique, qui peut avoir des caractères différents. Très souvent, à cause de cette exfoliation mince, furfuracée, le *lupus* prend l'aspect du *pityriasis* et la dénomination de *lupus pityriasiforme*.

Quelquefois la desquamation est plus active, les squames sont plus abondantes, plus larges, plus épaisses, et adhérentes au tissu sous-jacent ; c'est la variété à laquelle M. Vidal donne le nom de *lupus psoriasiforme*. Cette forme de *lupus* peut être confondue avec le vrai *psoriasis*. Il y a quelques années, j'ai observé dans le service de M. Vidal

une jeune fille atteinte d'un large lupus érythémateux de la face, dont le diagnostic était très difficile. M. Vidal s'adressa à certains de ses collègues de l'hôpital Saint-Louis, entre autres à l'illustre Bazin, pour être éclairé, au point de vue du diagnostic de cette affection énigmatique. M. Bazin se prononça deux fois en faveur du psoriasis, et cependant, l'observation ultérieure de cette éruption démontra clairement, qu'il s'agissait d'un vrai lupus *érythémateux*. On voit au musée de l'hôpital Saint-Louis, au n° 258, une pièce moulée, reproduction fidèle de l'aspect de ce cas singulier de lupus, provenant du service de M. Vidal.

COMPLICATIONS

L'érysipèle est une complication assez bénigne du lupus, car on cite des cas assez nombreux d'amélioration considérable et même de guérison de lupus érythémateux, ainsi que d'autres formes de lupus, sous l'influence d'un érysipèle survenu accidentellement. Quant à moi, qui ai fréquenté l'hôpital Saint-Louis, pendant quelques années, j'ai eu l'occasion de voir, dans différents services, cinq ou six cas, au moins, d'influence favorable d'érysipèle, sur la marche du lupus. Les médecins de l'hôpital Saint-Louis ont quelquefois exposé volontiers certains malades atteints de lupus, aux influences contagieuses d'un érysipèle, aussitôt que cette affection apparaissait dans leur service : l'opinion de M. Vidal et de quelques autres chefs de service est assez connue à ce sujet ; ils n'ont jamais eu à constater de résultat fâcheux d'un érysipèle, se développant sur un malade atteint de lupus. Néanmoins, M. Hebra ne partage

pas cette opinion. Selon lui, l'érysipèle se greffant sur un lupus peut aggraver considérablement l'état du malade et quelquefois même provoquer un dénouement fatal.

Adénite. — Dans quelques cas de lupus érythémateux, on voit se former des tuméfactions dures, étendues, douloureuses de certains ganglions lymphatiques, particulièrement de la parotide, des ganglions sous-maxillaires et axillaires. Dans la peau soulevée par ces tumeurs noueuses, il se développe des efflorescences abondantes de lupus érythémateux.

Douleurs osseuses. — Elles sont profondes, térébrantes, ayant surtout leur siège dans le tibia, dans les os de l'avant-bras et du carpe ; il y a encore de la céphalalgie, et des douleurs ostéocopes nocturnes, qui pourraient, au premier abord, faire croire à des symptômes syphilitiques. La *chlorose*, la *tuberculose* et l'*anémie*, peuvent encore être considérées comme des complications du lupus érythémateux.

Diagnostic. — On peut confondre le lupus érythémateux avec un simple érythème ; mais, tandis que l'érythème se développe brusquement, ne présente pas des bords bien limités, que sa rougeur disparaît facilement sous la pression du doigt, et que la maladie ne dure qu'un temps très court ; le lupus érythémateux, au contraire, se développe très lentement, persiste plusieurs années, présente des bords bien limités et la rougeur ne disparaît pas complètement sous la pression du doigt. Le diagnostic devient plus difficile entre le lupus érythémateux et l'érythème induré de Bazin, qui se développe chez les scrofuleux, et que l'on voit surtout sur les doigts, érythème pernio. Mais cette affection ne

s'accompagne ni de desquamation ni des arborisations du lupus érythémateux. Elle ne provoque jamais cette séborrhée concrète, ou cette apparence de craie du lupus acnéique.

Dans le pitiriasis alba, il n'y a pas de plaques rouges indurées sous-jacentes, la lésion n'est pas nettement circonscrite, et il n'y a pas des petites cicatrices qui sont véritablement pathognomoniques dans le lupus. Le psoriasis de la face ressemble beaucoup au lupus et j'ai cité, plus haut, cette erreur de diagnostic, qui a été commise même par un homme aussi éminent que Bazin. Le diagnostic s'éclaircit lorsque les cicatrices commencent à apparaître.

Pronostic. — Le pronostic du lupus érythémateux est plus favorable que celui du lupus tuberculeux, ulcéreux, etc. ; car la lésion est très superficielle. Cependant il a tendance à persister, et quelquefois, il dégénère en forme beaucoup plus grave de cette néoplasie maligne.

Traitement. — Aucun traitement ne peut donner à la peau son intégrité primitive, si les cicatrices se sont déjà formées sur certaines parties malades et si les glandes sébacées et les follicules pileux sont déjà détruits ; mais il atteint son but, quand il arrête le processus morbide à sa période inflammatoire et quand il réussit à modifier la disposition de l'organisme, à engendrer, de nouveau, ce processus pathologique.

Le traitement interne a pour but d'améliorer l'état général de l'organisme, de combattre la scrofuleuse, l'état cachectique, anémique, etc. On administrera donc les ferrugineux, l'huile de foie de morue, les amers, l'arsenic (solution de Fowler, pilules asiatiques, solution arsenicale

chalibée, etc.). On aura encore recours à tous les moyens hygiéniques : nourriture substantielle, l'air de la campagne, l'hydrothérapie, dans le but d'améliorer la constitution, et de prévenir le retour de la maladie. Hebra employait de temps en temps l'iodure de potassium, et j'ai remarqué que M. Vidal administrait ce médicament dans plusieurs formes de lupus.

Traitement local. — Le traitement local du lupus érythémateux joue un rôle excessivement important. On ne peut obtenir la guérison de cette maladie sans l'usage rationnel de médicaments externes, appliqués suivant certaines règles. Assez souvent, il faut employer plusieurs moyens pour arriver à quelques résultats favorables. En général, il faut employer les caustiques, qui n'agissent que très superficiellement, prenant en considération que la néoplasie, elle-même, n'est pas profonde dans cette forme de lupus, et que les cicatrices produites par la régression spontanée du lupus érythémateux, sont toujours minces et tout à fait aplaties.

Je me bornerai à mentionner les différents traitements de cette maladie, en me réservant d'en donner une description plus détaillée, lorsque je parlerai des moyens qui constituent le sujet principal de ma thèse, c'est-à-dire, en décrivant le traitement par râclage et par scarifications linéaires.

Parmi les moyens que l'on emploie extérieurement, on trouve : *l'ammoniaque liquide ; l'acide phénique ; l'acide acétique concentré et l'acide chlorhydrique pur* qui agissent très superficiellement ; *l'acide chromique, l'acide nitrique concentré pur* agissent profondément ; *l'iode* peut être fréquemment employé, particulièrement sous forme de *teinture*

et de *glycérine iodées*, selon la formule d'Hébra : iode pure, iodhydrate de potasse: ana, 4 grammes; glycérine, 8 grammes. On fait un badigeonnage des parties malades, deux fois par jour et on continue ce traitement pendant cinq ou six jours; le *nitrate d'argent* en solutions concentrées; le goudron employé sous la forme d'huile de bouleau (de *betula alba*) ou d'huile de hêtre, d'huile de cade (du *juniperus cedrus*); le *soufre*; pâte arsenicale d'Hébra : arsenic blanc, 0,30; cinabre, 0,90; pommade émolliente, 8 grammes, elle donne des douleurs vives et des cicatrices profondes, mais elle ne cautérise que les endroits malades et laisse intactes toutes les parties saines; le *chlorure de zinc*; l'*emplâtre mercurielle*; l'*huile de noix d'acajou* (traitement de Bazin).

Après avoir parcouru, très rapidement, le traitement du *lupus érythémateux* employé jusqu'à aujourd'hui par les dermatologistes les plus distingués, je vais aborder mon sujet spécial, c'est-à-dire le traitement chirurgical ou traitement par scarifications, appliqué au *lupus érythémateux*. Le râclage ne s'emploie pas souvent dans cette forme du *lupus*; au contraire les scarifications linéaires ont été employées par plusieurs médecins, avec des résultats plus ou moins satisfaisants.

Dans le *lupus érythémateux*, la lésion est superficielle, le derme est résistant; on doit alors faire de longues incisions aussi rapprochées que possible les unes des autres et quadrillées comme les hâchures d'un dessin. Ces scarifications doivent pénétrer environ à 1 millimètre $\frac{1}{2}$ de profondeur. En ne dépassant pas cette limite, les incisions ne laissent jamais de cicatrice. La multiplicité des scarifica-

tions à faire rend souvent utile le scarificateur à seize lames de Bolmanno-Squire. — Les incisions faites sur le lupus érythémateux, sont cicatrisées du quatrième au cinquième jour. Dès le sixième jour, la réparation qui suit le hâchage des plaques lupiques est suffisamment avancée pour permettre de nouvelles scarifications.

Aucun pansement n'étant nécessaire, les malades peuvent continuer de vaquer à leurs occupations, avantage très important pour des malheureux qui, autrefois, étaient obligés de passer de longs mois dans les salles de l'hôpital. Quoique le lupus érythémateux soit une lésion très superficielle et plus facile à guérir par les moyens ordinaires, par différentes espèces de caustiques que les autres formes du lupus, cependant, avouons franchement qu'au point de vue du traitement par scarifications, le lupus érythémateux est plus opiniâtre que tous les autres lupus, à formes beaucoup plus graves et beaucoup plus réfractaires au traitement par les caustiques. C'est pourquoi M. Vidal a presque renoncé à scarifier le lupus érythémateux. L'étendue des surfaces envahies, la difficulté de le guérir par ce moyen, ont fait revenir M. Vidal au traitement par les caustiques superficiels, tels que le savon de potasse, la teinture d'iode et à l'application du sparadrap de Vigo ou du sparadrap rouge (au minium et cinabre).

OBSERVATION I personnelle.

Lupus érythémateux traité par scarification.

Malade du dehors venant dans le service de M. Vidal tous les mercredis pour se soumettre à la scarification.

Mme N..., âgée de 30 ans, charcutière, née de parents très bien portants, qui n'ont jamais eu aucune affection cutanée, aucune maladie discrasique ni diathésique. Comme manifestation scrofuleuse elle a eu, à l'âge de la première enfance, quelques éruptions eczémateuses et impétigineuses de la face et des oreilles. Rien du côté des yeux, des ganglions lymphatiques, etc. A l'âge de dix ans, la rougeole à forme légère, bénigne; à quinze ans, une fluxion de poitrine. Pas d'autres maladies graves, pas de syphilis. Les menstruations sont venues à l'âge de onze ans et depuis cette époque, elle était toujours bien réglée. Elle a eu un seul enfant; pas de fausses couches. Son lupus a commencé en 1878, par une tache rouge, légèrement élevée, large comme une lentille et siégeant au bout du lobule du nez. Cette tache ou petite plaque persista dans cet état, pendant trois ans et ce n'est que le dernier hiver, qu'elle s'agrandit brusquement et prit les proportions que nous lui voyons aujourd'hui.

La lésion occupe actuellement tout le lobule du nez et remonte en haut jusqu'au milieu du dos du nez; de chaque côté, elle descend sur les faces latérales des ailes du nez, sans arriver cependant aux sillons naso-géniens et naso-labial. Cette rougeur était accompagnée d'une légère démangeaison sans aucune douleur. Dans la première année, selon l'affirmation de la malade, la plaque rouge était tout à fait pure, sans desquamation; mais dans la seconde année, la malade a remarqué la formation de petites pellicules blanchâtres, qui se détachaient et se reproduisaient de temps en temps. Dans la troisième année, il se

formait des croûtes, ayant l'aspect crétacé, blanchâtre. En général, son lupus augmentait en hiver et diminuait en été. Outre cela, la rougeur du lupus augmentait passagèrement, selon le changement de la température, avec le froid et l'humidité.

Comme traitement, son médecin lui a prescrit l'huile de foie de morue, le vin de quinquina et le sirop d'iodure de fer ; à l'extérieur, sur les parties malades, une substance légèrement irritante. Pendant les deux premières années, elle a été soumise à ce traitement, sans aucun résultat satisfaisant. Dans la troisième année, on lui prescrivait, quelques sirops purgatifs, des bains de barège, quelques tisanes amères et une pommade sur le nez. Pas de résultat favorable, après ce traitement.

En 1881, au mois de mai, elle se présente à la consultation de M. Vidal. Sa santé générale est satisfaisante, malgré la migraine, qui l'attaque ordinairement une fois par mois, immédiatement avant ou après les menstrues.

Sans aucun retard, M. Vidal lui pratiqua une scarification ponctuelle. Huit jours plus tard, il recommençait les scarifications, qui, cette fois, étaient linéaires, quadrillées, superficielles et pratiquées avec son scarificateur à lame étroite. Depuis cette époque, les scarifications linéaires étaient pratiquées tous les huit jours, très régulièrement. Les deux premières opérations furent assez douloureuses et très sanglantes : les suivantes devinrent moins hémorrhagiques et moins douloureuses. Pour arrêter l'hémorrhagie après les scarifications, on employa, comme pour les autres malades, une application de ouate et une légère compression ; ensuite l'eau froide sur les parties scarifiées. Dans les intervalles des opérations, on appliqua l'emplâtre de Vigo sur les parties scarifiées. Il faut avouer franchement que l'amélioration marcha très lentement. La partie malade du nez devint moins saillante, moins proéminente et après six ou sept scarifications, la rougeur disparut du lobule du nez et la peau prit un aspect normal, dans une étendue à peu près d'un centimètre.

Au commencement du mois de juillet, la partie malade du nez présentait un aspect amélioré. La peau correspondant au lupus était

presque tout-à-fait blanche, mince et lisse, à peu près comme à l'état normal. Au mois d'août, la malade était considérée comme complètement guérie.

OBSERVATION II (personnelle).

Lupus érythémateux.

Salle Henri IV, service de M. Fournier, n° 19.

M^{lle} N..., âgée de 18 ans, couturière. Constitution moyenne. Aspect lymphatique. Dans l'enfance, plusieurs accidents de nature scrofuluse : eczéma impétigineux et impétigo au cuir chevelu ; quelques manifestations morbides du côté des yeux ; engorgement chronique des ganglions lymphatiques du cou. Étant petite, elle était toujours faible et chétive. — A l'âge de dix ans, elle a eu la fièvre typhoïde. A douze ans, fluxion de poitrine. Réglée à l'âge de 16 ans, menstruation toujours irrégulière et pertes de sang très faibles.

Son lupus a débuté par une tache rouge, petite comme une tête d'épingle, siégeant un peu au-dessus de l'aile droite du nez. Pendant plusieurs semaines, cette tache ne présentait aucune tendance à augmenter dans son étendue. C'est à peine si au bout de quelques mois, cette tache est arrivée à une largeur d'une pièce de 0,50 centim. et sa surface a commencé à se couvrir de pellicules blanchâtres de l'épiderme, qui s'exfoliait très abondamment.

Vers cette époque, elle s'adressa à un médecin, qui lui prescrivit un topique irritant, produisant plus de mal que de bien. Ensuite, à cause d'un affaiblissement général, elle s'adressa à un autre médecin, qui lui prescrivit l'huile de foie de morue, vin de quinquina, sirop d'iodure de fer et bains sulfureux. — Pendant ce temps-là, son lupus remontait en haut, envahissant le dos du nez, et passait sur le côté opposé de cet organe. Au bout du nez, il se forma une nouvelle tache lupique, qui remontait en haut et se réunissait avec la lésion primitive, dont nous avons parlé.

Le 16 octobre 1880, la malade se présenta dans la clinique de M. le professeur Fournier, où elle fut soumise immédiatement aux scarifications linéaires, pratiquées par M. Barthélemy, chef de clinique. Au dire de la malade, la douleur provoquée par les scarifications, était beaucoup plus supportable au commencement du traitement qu'aujourd'hui. On arrêta l'hémorrhagie avec de l'amadou ou de la ouate. On la scarifia, habituellement, une ou deux fois par semaine. Cependant, il y avait quelques intervalles un peu longs de quinze à vingt jours, qui ont retardé beaucoup la marche de la maladie vers la guérison. Dans les intervalles des scarifications, elle appliquait l'emplâtre rouge sur les parties malades. Comme traitement général, l'huile de foie de morue, vin de gentiane, houblon, sirop d'iodure de fer et bains sulfureux.

Trois mois après le commencement du traitement, elle a remarqué une amélioration assez prononcée. La desquamation des parties malades a diminué, la peau est devenue plus pâle et plus blanche. Il paraît qu'au commencement, les scarifications n'étaient pas assez profondes, mais depuis un mois, on l'a scarifiée avec un peu plus d'énergie, en enfonçant la lame de l'instrument plus profondément, et c'est depuis cette époque que l'on a remarqué une amélioration beaucoup plus évidente.

Quoique les autres traitements en dehors des scarifications n'aient aucune relation avec le sujet de ma thèse, cependant si je considère que les scarifications linéaires réussissent moins dans le lupus érythémateux que dans les autres formes du lupus, et qu'en revanche certaines substances, certains topiques, agissent d'une manière plus efficace que les scarifications, je dois parler d'un de ces topiques caractérisé par la rapidité de son action et surtout, par l'innocuité, au point de vue de la cicatrisation. Ce topique est le savon à potasse et alcool, traitement que j'ai eu l'oc-

casion fréquente d'observer à l'hôpital Saint-Louis et dont j'ai pu constater les heureux résultats. La formule de Hebra est la suivante : savon vert, 120 grammes ; alcool rectifié, 60 grammes ; laisser digérer pendant vingt-quatre heures, puis filtrer et ajouter esprit de lavande, 8 grammes.

Avec cet alcool de savon, on lave énergiquement les parties malades, à l'aide d'un pinceau de charpie. L'action du savon et de l'alcool a pour résultat de dissoudre les plaques épidermiques graisseuses qui adhèrent aux bords rouges des efflorescences lupeuses et particulièrement au centre pâle en partie cicatriciel de la plaque.

A la suite de ces lotions, on voit apparaître les orifices dilatés des follicules et, au niveau de leurs bords, les papilles excoriées, d'abord couvertes d'un pointillé rouge sanguin, qui, au bout de quelques minutes, se transforme en gouttes sanguines plus volumineuses, limpides, mêlées ou non avec du sérum. Cette sécrétion se dessèche en croûtes d'un brun jaunâtre qui se détachent quelques jours après. Il arrive quelquefois qu'on reconnaît déjà en ce moment une amélioration notable. Les orifices folliculaires sont moins béants, les bords du lupus sont moins saillants, moins rouges, les squammes graisseuses, d'un jaune sale, forment un dépôt moins étendu.

On renouvelle ces lotions jusqu'à ce que les eschares (sérum et sang desséchés) soient tombées. On peut accélérer cette chute par application d'une pommade émolliente, par exemple, l'onguent anodin.

A l'aide de cette méthode, on parvient quelquefois à guérir dans l'espace de quelques semaines une tache de

lupus, de l'étendue d'un haricot à celle d'une pièce de cinq francs et existant déjà depuis des années ; dans quelques cas heureux, il ne reste pas par la suite, la moindre trace de l'affection existante.

La perspective d'une guérison sans cicatrices, le peu d'intensité des douleurs, la facilité et l'innocuité de cette application sont des motifs suffisants pour faire, dès l'abord, l'essai thérapeutique de ce moyen dans le lupus érythémateux. S'il ne réussit pas, il est encore temps d'avoir recours à une médication plus énergique. L'emploi de l'alcool de savon à la potasse est le plus souvent indiqué dans le lupus érythémateux peu ancien, d'une petite étendue, siégeant sur des régions où la peau est délicate, par exemple, aux paupières. Les inconvénients que présentent les cicatrices palpébrales, pour si fines qu'elles soient, nécessitent une grande prudence, dans le choix et l'emploi des moyens curatifs ; aussi, y a-t-il utilité à se servir, tout d'abord, dans les cas de ce genre, de l'alcool de savon.

OBSERVATION III (personnelle).

Lupus érythémateux traité par le savon à potasse caustique.

Salle Saint-Jean n° 17.

Malade âgée de 34 ans, couturière, constitution assez forte. Ses parents étaient d'une bonne santé. Ses frères et sœurs au nombre de six sont toujours bien portants.

Comme manifestation scrofuluse, à l'âge de 8 ou 10 ans, elle a eu quelques ophtalmies, quelques réinites chroniques et adénites cervicales ; mais toutes ces affections ont cessé à l'âge de 13 ans, époque

de l'apparition des menstrues. Depuis ce temps, elle a été toujours bien réglée et tout à fait bien portante. Elle n'a jamais eu de maladies graves. Mariée à l'âge de 18 ans, elle a fait une fausse couche, après sept mois de grossesse et trois accouchements à terme. Ses enfants sont très bien portants. A l'âge de 26 ans, elle contracta la syphilis, qui se manifesta par certaines affections de la peau : roséole, papules, tubercules et lésions profondes pustulo-crustacées.

Aujourd'hui elle porte des cicatrices caractéristiques, des affections syphilitiques, cicatrices bien lisses, déprimées, non adhérentes, blanchâtres. On en voit une, très caractéristique, au coude gauche, large comme une pièce de 20 centimes ; l'autre cicatrice de nature syphilitique a son siège au genou gauche : elle est un peu plus large que la première. Au-dessous des chevilles, on voit encore trois petites cicatrices syphilitiques. En même temps elle a eu des maux de gorge de nature suspecte, qui survenaient sans aucune cause ordinaire au développement de ses affections ; des céphalées nocturnes et de l'alopecie syphilitique, caractérisée par la chute des cheveux très irrégulière, par plaques, par îlots ; douleurs ostéocopes des jambes etc.

Son lupus a commencé à l'âge de 30 ans par une plaque rouge, siégeant sur la joue gauche. Cette plaque s'élargissait peu à peu et se couvrait d'une pellicule blanchâtre crétacée.

Au bout de huit mois, toute la joue gauche était envahie par le lupus érythémateux, se recouvrant continuellement de cette substance crétacée, que la malade arrachait de temps en temps et qui se renouvelait très facilement.

Comme traitement, elle a employé quelques topiques, quelques pommades, quelques lotions sans aucun résultat. La rougeur du lupus augmentait ordinairement aux époques des règles, au printemps et après des repas plus ou moins copieux.

Pendant trois ans à peu près, la joue gauche resta dans cet état. La joue droite était toujours saine. En 1880, au mois de février, elle se présenta dans le service de M. Vidal, qui lui prescrivit immédiatement l'emplâtre de Vigo sur la joue malade et l'iodure de potassium à l'intérieur.

Au bout de trois mois, la joue gauche était considérablement améliorée, mais en revanche le lupus érythémateux avait envahi la joue droite et se développait tout à fait de la même manière que la lésion lupique du côté gauche; plaque rouge s'élargissant assez rapidement et se couvrant d'une substance crétacée.

A cette époque, la malade fut obligée de quitter l'hôpital et resta, pendant quelques mois, sans aucun traitement.

Cette année, elle est revenue de nouveau dans le service de M. Vidal et elle a été soumise au traitement d'une solution alcoolique de savon potassique, d'après la formule suivante :

Savon de potasse.	120 grammes.
Alcool.	60 —
Esprit de lavande	8 —

La malade fit des lotions sur les parties atteintes, lotions sous l'influence desquelles les plaques épidermiques graisseuses se détachèrent en se dissolvant; on vit apparaître les orifices des follicules pileux. Lorsque ces lotions se répètent souvent, sous l'influence de l'irritation que provoque le savon de potasse, il se développe une inflammation assez intense de la peau caractérisée par un gonflement léger, une rougeur considérable et une sensation de cuisson ou de brûlure dans les parties atteintes. Dans cette période inflammatoire de la maladie, on cesse les lotions ou frictions savonneuses et on emploie les topiques adoucissants, comme cataplasmes émollients de fécules de pommes de terre, les douches de vapeur et surtout la pulvérisation. Aussitôt que les phénomènes inflammatoires diminuent, on recommence, de nouveau, les lotions savonneuses, on provoque une nouvelle irritation, qui aboutit à une nouvelle poussée inflammatoire: on s'arrête et de nouveau on emploie des frictions savonneuses; aussitôt que l'inflammation est devenue trop intense, on a recours aux émollients. Le traitement étant conduit de cette manière, au bout de quelques semaines, il était bien facile de constater une amélioration notable du lupus de cette femme. La rougeur, surtout à la partie moyenne des plaques lupiques, était

devenue moins prononcée, plus pâle. Les parties centrales ont pris la couleur presque tout-à-fait normale de la peau saine ; l'épaississement du derme au niveau des parties malades a beaucoup diminué.

A la fin du mois de mai, la figure de la malade a recouvré presque complètement son état normal ; la rougeur, le gonflement ont disparu complètement ; le tissu cicatriciel de nouvelle formation est tellement mince et insignifiant que la surface qui était le siège du lupus érythémateux peut passer pour complètement saine.

Au mois de juin la malade a quitté l'hôpital.

CHAPITRE III

LUPUS ACNÉIQUE OU LUPUS ÉRYTHÉMATEUX ACNÉIQUE

Le *lupus acnéique* est une forme particulière du *lupus*, sur laquelle l'attention des dermatologistes modernes n'a été attirée que dans ces dernières années. Cependant, la différence de cette forme du *lupus* avec les autres formes de cette affection, joue un rôle assez important, non seulement au point de vue purement scientifique, histologique, mais encore, un rôle, pour ainsi dire, capital au point de vue pratique, c'est-à-dire au point de vue du traitement de cette maladie, traitement dont nous parlerons un peu plus loin.

Maintenant je vais dire quelques mots de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie de cette affection.

Le siège principal de la lésion se trouve dans les glandes sébacées, dont la couche épithéliale interne altérée fournit, en excès, une sécrétion de substance grasse.

A la surface du *lupus acnéique*, on observe, en effet, très souvent, des croûtes grasses, pouvant se malaxer sous les doigts et produites par une hypersécrétion des glandes sébacées.

Le *lupus acnéique* attaque les glandes sébacées et donne lieu à de la séborrhée, comme dans l'acné sébacée concrète ; mais dans cette dernière affection, les croûtes sont molles, plus épaisses, la sécrétion se fait rapidement. Si l'on soulève les croûtes, on voit que, dans le *lupus acnéique*,

que, elles se prolongent dans les conduits de glandes, et que les tissus sous-jacents sont d'un rouge très-vif, à sécrétion sèche pulvérulente au grattage ; c'est l'herpès crétacé de M. Devergie.

Le lupus acnéique, consécutif dans certains cas au lupus érythémateux, peut aussi être acnéique d'emblée. Le lupus acnéique siège le plus souvent à la face et au nez.

Il y a très peu de temps, M. Vidal regardait le lupus acnéique, comme le plus opiniâtre et le plus réfractaire au traitement par les scarifications. Quelquefois en attaquant énergiquement les bords de la lésion, il obtenait de bonnes cicatrices ; mais les récidives étaient fréquentes et plus difficiles à enrayer que dans les autres variétés du lupus. Malgré ces résultats peu favorables dans le traitement du lupus acnéique M. Vidal ne se décourageait pas complètement et en essayant de le scarifier de différentes manières, il est arrivé à un procédé, qui lui a bien réussi et avec lequel il traite maintenant tous les lupus acnéiques, avec un résultat surprenant. Ce nouveau procédé n'est autre chose que les scarifications linéaires pratiquées beaucoup plus profondément, exécutées avec plus d'énergie que celles qu'il a faites auparavant.

OBSERVATION IV (personnelle).

Lupus acnéique.

Madame Mathilde, âgée de 33 ans, sage-femme de l'hôpital Saint-Louis. Son père est mort à l'âge de 56 ans d'une maladie de poitrine. Sa mère se porte très bien. Dès sa première enfance, surtout entre la

deuxième et cinquième année, elle a eu plusieurs manifestations scrofuléuses, quelques conjonctivites, kératites, blépharites chroniques ; impétigo ou eczéma impétigineux du cuir chevelu et des oreilles ; engorgement des ganglions lymphatiques du cou. Elle était vaccinée dès la première année. Elle a eu la rougeole à l'âge de 5 ans, une fluxion de poitrine à 9 ans. Ses règles sont venues à l'âge de 18 ans, et depuis cette époque elle fut toujours bien réglée.

Son lupus acnéique a débuté sur le dos du nez par un tout petit bouton, qui s'élargissant, peu à peu, vers le côté droit, est arrivé au bout de trois ou quatre ans, à s'étendre jusqu'à l'angle interne de l'œil. De là, il s'étendit sur la paupière inférieure et la partie correspondante de la joue droite. Les parties malades se couvrirent de croûtes blanchâtres ou légèrement grisâtres. Du côté gauche, le lupus a commencé dix ans plus tard et marchant rapidement, il a atteint la même extension que du côté droit. En même temps, la néoplasie lupique descendait en bas et envahissait les deux ailes du nez au même niveau et à la même époque. Habitant la campagne, elle a employé plusieurs pommades, dont elle ne connaît pas la composition, mais, comme elle le dit aujourd'hui, aucune de ces pommades n'a produit la moindre influence favorable.

Il y a 12 ans, elle était entrée dans le service de M. Hillairet, qui a fait appliquer sur les parties atteintes la pommade mercurielle au précipité rouge. Selon le récit de la malade, cette pommade irritait beaucoup le tissu, provoquait une inflammation intense, sans présenter aucune tendance à la guérison. On lui administrait en même temps des douches de vapeur, pour modifier l'irritation provoquée par la pommade mercurielle. Comme traitement interne, M. Hillairet lui avait prescrit l'huile de foie de morue et le vin de quinquina.

Ensuite, elle se rendit dans le service de M. Bazin, qui lui administra l'huile de foie de morue à l'intérieur et ordonna des applications de teinture d'iode sur son lupus acnéique. Elle n'obtint aucune amélioration.

Plus tard elle alla dans le service de M. Laillier, où on l'a traitée avec une pommade à l'oxyde de zinc.

Pendant cinq ou six ans à peu près elle resta sans traitement régulier. La malade prenait seulement de temps en temps de l'huile de foie de morue, appliquait de la teinture d'iode sur les parties malades, mais tout cela d'une manière très-irrégulière.

Il y a deux ans, elle s'était adressée à un médecin spécialiste, qui l'a traitée avec quelques pommades irritantes, bien entendu, sans aucun résultat.

Au commencement de cette année, elle s'adressa à M. Vidal, en réclamant son secours pour une maladie aussi rebelle et aussi opiniâtre. M. Vidal soumit la malade immédiatement au traitement par les scarifications linéaires. Les premières opérations furent très douloureuses et amenèrent des hémorrhagies; mais les suivantes devinrent beaucoup moins sensibles et moins sanglantes. Comme moyen hémostatique, la malade se servait de coton.

Pendant 2 ou 3 mois, ce nouveau traitement ne fut pas beaucoup plus heureux que les précédents, quoique la malade fût scarifiée très régulièrement, une fois par semaine, et que M. Vidal insistât surtout sur les scarifications des bords de la lésion, pour arrêter le progrès de la maladie.

Mais vers le 4^e mois, depuis qu'il eut changé le mode de ses scarifications, c'est-à-dire depuis qu'il eut commencé à porter plus profondément son scarificateur à lame étroite, l'amélioration de la lésion devint très sensible. La réparation cicatricielle commença par la paupière droite et ensuite se propagea vers le nez et la joue droite.

Son état général fut toujours satisfaisant.

Comme traitement interne elle prit continuellement (excepté dans la saison des grandes chaleurs) de l'huile de foie de morue, du vin de quinquina et de temps en temps des bains sulfureux.

Mois d'avril. — La malade ne se présente pas régulièrement à l'opération. Assez souvent au lieu de venir une fois par semaine, elle se présente tous les quinze jours, ce qui n'est pas favorable à une guérison rapide. Malgré cela l'amélioration est très visible. Le côté droit est presque complètement guéri. Il y a quelques points rouges qui de temps en temps ont besoin d'être scarifiés assez profondément.

Il faut aller jusqu'au tissu cellulaire, autrement la maladie reprend sa marche primitive.

Sur le côté gauche on fait les scarifications presque au même niveau que sur le côté droit ; mais la cicatrisation est ici beaucoup moins avancée que du côté droit.

20 avril. — Scarifications renouvelées sur certains points, où la néoplasie paraît plus opiniâtre.

Mois de mai — La malade peut être considérée comme complètement guérie et si M. Vidal scarifie certains points suspects, c'est tout simplement par précaution contre le retour de la néoplasie ou plutôt pour assurer la guérison complète et radicale de la malade.

Mois de juin. — La malade se présente de temps en temps pour se soumettre à la scarification de certains points suspects.

OBSERVATION V

Lupus acnéique.

D..., Cocher, 50 ans; entré le 4 janvier 1877, salle Saint-Jean n° 50. Ce malade n'a eu ni maladie cutanée antérieure, ni syphilis.

L'affection actuelle a débuté par de petites plaques croûteuses sur la joue gauche et sur les lobules des oreilles. C'était en 1872, depuis cette époque, elle changea d'intensité en divers endroits atteints, mais ne s'éteignit jamais complètement. Il fut soigné dans le service de M. Bazin, par des applications, d'huile de cade et le traitement général.

Actuellement il présente sur le nez et les deux joues des surfaces déprimées, d'un blanc pulvérulent, entourées d'un relief dur et rouge. M. Vidal fait le diagnostic du lupus acnéique ou herpès crétacé. Pendant longtemps le malade est traité par le savon de potasse sans résultat, puis par la pommade au bi-iodure de mercure à parties égales d'axonge ; mais on doit le cesser à cause de l'intensité de la douleur ; enfin, comparativement par les scarifications sur la joue droite et la pommade de bi-iodure au 1/100 sur la joue gauche.

Les scarifications portèrent d'abord sur les parties déprimées, puis sur leurs bords saillants ; il y en eut neuf. On ne peut dire qu'à sa sortie la joue droite était guérie définitivement ; mais dans cette forme tenace, la scarification donna un résultat meilleur encore que la pommade : les bords attaqués par elle s'affaissèrent mieux. Avant cette époque, M. Vidal n'avait pas employé encore les *scarifications profondes*, avec lesquelles il obtient des résultats si satisfaisants aujourd'hui.

OBSERVATION VI (personnelle)

Lupus acnéique de la joue droite et du nez.

Malade du dehors venant tous les mercredis pour être traitée par les scarifications linéaires.

Mlle X..., 21 ans. Constitution un peu grêle, lymphatique. Aucune affection cutanée dans sa famille. Aucune manifestation scrofuleuse dans ses antécédents. Fièvre typhoïde à l'âge de 15 ans. Ses menstruations sont venues à 17 ans et elles étaient toujours très régulières.

Son lupus a commencé à l'âge de 14 ans sur la joue droite, sous la forme d'une petite saillie, d'une papule rouge, qui augmentait très lentement, surtout au commencement de la maladie.

A l'âge de 15 ans, une plaque semblable est apparue sur la racine du nez et les deux lésions marchaient si lentement, qu'il a fallu une période de six ans, pour que le lupus arrivât à l'état où il se trouve aujourd'hui.

Sa surface présente un aspect blanchâtre, crétacé et déprimé.

Dans ces deux dernières années sont venues encore trois petites plaques lupiques, dont l'étendue ne dépasse pas une pièce de 50 centimes et qui siègent : l'une derrière l'oreille droite, et les deux autres au-dessous de la même oreille, c'est-à-dire à la partie latérale et supérieure du cou.

Au commencement de sa maladie elle était soignée par M. Raspail fils, qui lui administrait les différentes pommades ou liniments cam-

phrés ou goudronnés sans obtenir le moindre résultat. En même temps elle prenait : huile de foie de morue, iodure de fer, bains sulfureux, tisanes de gentiane et surtout, un régime convenable.

Ensuite elle s'adressa à un autre médecin de Paris, qui la traita par quelques caustiques douloureux, sans donner lieu à aucune amélioration.

Plus tard, elle entra dans le service de M. Fournier, où elle fut scarifiée une fois par semaine pendant neuf mois. En dehors des scarifications, elle appliquait l'emplâtre de Vigo sur les parties malades.

A cette époque, son lupus occupait le dos du nez, depuis la racine jusqu'à la sous-cloison et la plus grande partie des surfaces latérales de cet organe. La tache de la joue droite était, à cette époque, large comme une pièce de deux francs. Malgré les scarifications prolongées, l'amélioration du lupus marchait très lentement, probablement parce que les incisions ne furent pas assez profondes, car à cette époque, on ne savait pas encore jusqu'à quelle profondeur il faut aller dans le traitement du lupus acnéique.

Au mois de janvier elle s'adressa à M. Vidal et immédiatement fut soumise aux scarifications hebdomadaires. M. Vidal la scarifia assez profondément, comme il a l'habitude de le faire, depuis quelque temps, dans le traitement de cette espèce de lupus.

Une amélioration visible ne tarda pas à se manifester. On vit apparaître, par ci par là, des îlots de cicatrices blanches.

Septembre. — La cicatrisation augmente, de plus en plus, au fur et à mesure que la lésion disparaît.

OBSERVATION VII (personnelle).

Lupus acnéique du nez. — Salle Saint-Léon n° 7, service de M. Besnier.

Émile S..., 27 ans, employé de commerce. Constitution assez forte. Sa mère avait eu une grande prédisposition aux eczémas chroniques très opiniâtres. Sa sœur est atteinte d'un lupus à la jambe gauche, qui date de plusieurs années. Lui-même, étant tout jeune, a eu

aussi quelques eczéma ou impétigos de la face, sans présenter aucune autre manifestation strumeuse. Comme maladies graves, il a eu, à l'âge de seize ans une variole, qui ne lui a laissé aucune marque sur la figure. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme.

Depuis l'âge de 15 ans, il a remarqué un petit bouton sur l'aile gauche du nez apparaissant et disparaissant de temps en temps. Cet état a duré pendant plusieurs années ; lorsqu'il y a six mois, selon le dire du malade, un bouton semblable est apparu, et sans présenter cette fois aucune tendance à la disparition, il a augmenté au contraire, et aujourd'hui, cette plaque lupique a envahi la totalité de l'aile gauche du nez, remontant un peu au-dessus de cette aile, envahissant le lobule et la partie supérieure de la face droite du nez. Cette lésion lupique se couvrait, de temps en temps, de petites exulcérations, donnant lieu à une sécrétion grisâtre, épaisse, qui en se desséchant contribuait à la formation des croûtes. Avant de venir à l'hôpital, il n'a employé aucun traitement contre cette affection.

Le 22 août 1881, il se présenta dans le service de M. Besnier et immédiatement fut soumis aux scarifications linéaires, quadrillées, pratiquées par M. Siredey, interne du service. Pour arrêter les hémorrhagies survenant après chaque opération, on se servait des éponges trempées dans l'eau froide et plus tard de la ouate, avec une compression légère. Ensuite les cataplasmes émollients dans les premiers jours, pour diminuer l'inflammation et l'emplâtre de Vigo les jours suivants.

Comme traitement interne, il prend : vin de quinquina, huile de foie de morue et sirop d'iodure de fer.

Après les quatre premières scarifications, l'amélioration fut tellement grande, que le malade, lui-même, se trouva très enchanté et en même temps bien étonné de ce progrès rapide et inespéré.

Ses croûtes et les sécrétions anormales ne se reproduisent plus, la surface malade est devenue moins exubérante, plus lisse et moins colorée qu'elle n'était avant les opérations.

Septembre. — L'amélioration se continue et il faut espérer que la guérison complète ne sera pas trop longue à attendre.

CHAPITRE IV

LUPUS TUBERCULEUX EXEDENS OU NON EXEDENS (ULCÉREUX OU NON ULCÉREUX).

Je tâcherai d'être aussi bref dans ma description du lupus tuberculeux que je l'ai été pour celle du lupus acnéique, malgré toute l'importance que le premier occupe dans le cadre dermatologique. Je me suis étendu assez longuement sur la description du lupus érythémateux, pour lequel j'ai donné quelques notions étiologiques, histologiques et même thérapeutiques, qui peuvent être appliquées en même temps aux autres formes du lupus, et en particulier, au lupus tuberculeux et à ses différentes variétés.

Le lupus tuberculeux peut être tantôt consécutif à une autre forme de lupus, principalement au lupus érythémateux, tantôt et le plus souvent le lupus est tuberculeux d'emblée ; au commencement, le tubercule se voit par transparence sous l'épiderme, il est profond, d'abord très petit et sans saillie, tubercule miliaire ; il devient ensuite saillant, s'hypertrophie, quelquefois les bords sont surélevés, son centre déprimé. Les tubercules du lupus en se multipliant forment des plaques, se recouvrent d'exfoliations épidermiques (lupus exfoliativus, d'Hebra).

Ils peuvent guérir spontanément, alors il se fait un tissu

cicatriciel plus profond que celui du lupus érythémateux ; la cicatrice est déprimée, avec une apparence réticulée.

On peut dire, d'une manière générale, que le lupus tuberculeux a une tendance à l'ulcération et d'autant plus rapidement que le sujet qui le porte a davantage les attributs de la scrofule. Cette ulcération peut s'étendre en surface par ses bords, *lupus exedens superficial*, ou bien il tend à devenir *térébrant*, et en quelques semaines, il peut produire des destructions très grandes, *lupus vorax*, dont nous parlerons un peu plus tard.

Au point de vue histologique, dans le lupus tuberculeux, on trouve la même lésion élémentaire que dans le lupus érythémateux, c'est-à-dire que le processus morbide débute toujours autour de vaisseaux sanguins et lymphatiques ; mais l'altération est plus profonde et atteint les *couches les plus inférieures du derme*.

Certaines cellules des foyers du lupus, cellules géantes, arrivent à un volume de 80 μ , à noyaux multiples. Lang et Chupel les ont trouvées dans la tuberculose. Brodowski, de son côté, les a vues dans diverses néoplasies, le carcinome en particulier, et Friedlander dans le travail qu'il a publié sur les rapports de la scrofule, de la tuberculose et du lupus, n'en a fait qu'un des éléments habituels de la transformation tuberculeuse proprement dite. Pour lui, en effet, le nodule du lupus tuberculeux est tout simplement et purement un tubercule qu'on trouve si abondamment dans les affections tuberculeuses.

La néoplasie se fait en groupe, sous forme nodulaire, lobulée, autour des vaisseaux ; ces lobules s'étendent en surface et en même temps, gagnent la profondeur.

De ces cellules, un grand nombre deviennent granulogriseuses et disparaissent ; les autres survivent, et se trouvant en quelque sorte entraînées dans un processus nouveau, elles se transforment et deviennent *cellules de tissu conjonctif* ; telle est probablement l'origine des *cicatrices réticulées* qui succèdent aux gros tubercules de lupus.

Diagnostic. — Le lupus tuberculeux non ulcéreux peut être confondu avec la syphilide tuberculeuse circonscrite ; mais, dans la syphilide, les éléments sont plus groupés, plus serrés ; elle a une marche serpigineuse beaucoup plus rapidement extensive. — Le tubercule syphilitique est plus douloureux, plus dur, il n'est pas facilement dilacérable. Le tubercule de la syphilis a une marche beaucoup plus rapide que le tubercule du lupus.

Tandis que le premier termine son évolution au bout de quelques mois ou à peu près, le tubercule du lupus peut occuper un même point pendant des années. Enfin le traitement interne par les mercuriaux et par l'iodure de potassium ne le fera pas disparaître. — Un tubercule ulcéré peut se confondre avec une syphilide ulcérée, une syphilide tuberculo-crustacée, ou bien encore avec des gommes superficielles de la peau ulcérées et recouvertes de croûtes épaisses, noires ou verdâtres, affectant la forme stratifiée. Mais l'ulcération lupique est moins profonde, ses bords sont inégaux, anfractueux, déchiquetés ; son fond est mamelonné, sa croûte est molle, et au-dessous la surface dénudée est très suintante ; l'ulcération syphilitique, au contraire, est plus profonde, les bords sont taillés à pic, le fond est moins bourgeonnant.

En dehors de l'ulcération, on observe dans le lupus des

points rouges et quelquefois des tubercules facilement reconnaissables. Le lupus aussi bien que la syphilis a assez souvent la marche serpigneuse, mais les syphilides siègent, de préférence, sur le dos, sur les jambes, au voisinage des articulations ; le lupus siège surtout à la face, s'il a parfois une marche serpigneuse, si en même temps qu'il s'étend par ses bords, il se cicatrise à son centre, il n'est pas rare de voir de nouveaux tubercules se former dans ces points cicatrisés. Les syphilides, au contraire, ne récidivent pas dans la cicatrice. Le caractère de ces cicatrices peut, lui-même, fournir des éléments de diagnostic : Les cicatrices du lupus, en effet, sont en général inégales, bridées, gaufrées ; celles de la syphilis sont lisses, blanches, entourées d'une zone cuivrée ou brunâtre.

Il faut prendre en considération la marche de la maladie et des commémoratifs. La marche du lupus est très lente ; la syphilis, au contraire, marche beaucoup plus rapidement et ne reste pas sur la même place pendant des années.

Les syphilides se développant chez les individus scrofuleux, présentent assez souvent un caractère mixte ou appartenant à deux affections. Dans ces cas, le traitement anti-syphilitique permettra de juger la question.

Il est difficile de confondre le tubercule du lupus avec la *lèpre tuberculeuse*, qui est rare dans notre pays et dont les tubercules sont gros, durs, presque absolument anesthésiques et d'un brun violacé. La lèpre tend à se généraliser, et à se répartir symétriquement.

Dans l'*épithélioma*, il y a adhérence aux parties profondes ; les bords sont comme roulés, présentant des espèces de perles grisâtres et transparentes ; ce sont les points

où se fait la prolifération épithéliale. Quelquefois le lupus envahit les muqueuses, comme la muqueuse nasale, la muqueuse pharyngienne, le voile du palais, la voûte palatine, les gencives, etc.

Pronostic. — Le lupus tuberculeux, non exedens, peut rester stationnaire pendant de longues années, il peut, si les tubercules ne se multiplient pas, guérir spontanément. Il peut devenir ulcéreux. Le lupus ulcéreux superficiel est quelquefois d'une bénignité remarquable, mais il peut gagner plus profondément et avoir une tendance rapidement destructive.

Traitement. — Je ne puis pas entrer dans de trop longs détails sur le traitement du lupus tuberculeux. Je dirai seulement d'une manière générale, que le traitement interne et externe du lupus tuberculeux se rapproche beaucoup du traitement du lupus érythémateux, dont nous avons déjà parlé, avec cette différence peut-être que, dans le lupus tuberculeux, le traitement externe doit être composé de moyens plus énergiques; il faut préférer ici les caustiques agissant plus profondément que dans le traitement du lupus érythémateux.

Au point de vue de la médication interne, elle doit être à peu près la même que dans les autres formes de lupus, c'est-à-dire médication ayant pour but de combattre la diathèse scrofuleuse lymphatique des malades atteints de cette affection.

Je veux aborder immédiatement la question spéciale de ma thèse, autrement dit le traitement du lupus tuberculeux par les *scarifications linéaires*.

Les tubercules du lupus non excedens sont détruits en une moyenne de huit à dix séances ; dans quelques cas très favorables, M. Vidal a réussi à guérir des tubercules lupiques, isolés ou peu nombreux, après les avoir scarifiés cinq ou six fois. La guérison est plus difficile, les récidives sont plus à redouter, chez les sujets le plus manifestement scrofulueux, chez ceux dont le tubercule ulcéreux a pour fond une surface violacée. C'est sur ces malades que l'on voit très souvent l'affection prendre une marche aiguë, l'ulcération s'étendre rapidement, devenir térébrante, la destruction gagner en surface et en profondeur et amener d'irrémissibles ravages ; c'est la variété la plus redoutable, *le lupus vorax*. Mais n'insistons pas trop sur cette forme du lupus, dont nous aurons besoin de parler d'une manière plus étendue, en temps et lieu.

En attendant, je dois dire que le lupus tuberculeux, au commencement, était attaqué par Volkmann, qui enlevait les tubercules du lupus en pratiquant son râclage ou l'abrasion avec des curettes à bords tranchants, *grandes curettes de Volkmann*, dont le grand diamètre est de 2 centimètres à 2 1/2. Balmano-Squire eut l'idée d'attaquer les tubercules isolés, ou les tubercules qui se reproduisent dans une cicatrice, à l'aide d'une *aiguille tranchante* analogue à une aiguille à cataracte ; il en obtint de très bons résultats. — Nous en avons parlé dans notre article sur les scarifications linéaires en général. — S'il s'agit de détruire un tubercule du lupus, M. Vidal le laboure dans tous les sens, avec son aiguille tranchante ; s'il est mou, il est réduit en bouillie. Si le tubercule est sous une cicatrice, alors qu'on ne le verrait que par transparence sous forme d'un petit

point jaunâtre, M. Vidal l'atteint avec la plus grande facilité, tandis que la chose lui serait impossible avec une curette. On doit tenir l'aiguille, sans la serrer, comme une plume à écrire ; la résistance qu'opposent les tissus sains, comparée à la mollesse du tubercule, indique, quand on a l'habitude, que l'on a atteint la limite du mal.

L'aiguille tenue mollement suit les ondulations des tissus sains sous-jacents, elle pénètre toute l'épaisseur du néoplasme et ressaute sur les parties du derme restées saines. Les moyens hémostatiques et anesthésiques sont tout-à-fait les mêmes que dans les autres formes du lupus.

OBSERVATION VIII (personnelle).

Lupus ulcéreux.

Salle Saint-Jean n° 67, M^{lle} L... Marie, âgée de 27 ans, couturière, constitution moyenne, ses parents et grands parents étaient toujours d'une santé parfaite. Dans sa première enfance jusqu'à l'âge de huit ans, elle se porta parfaitement bien. A huit ans, elle a eu une fluxion de poitrine et depuis cette époque, elle a remarqué quelques manifestations d'adénite cervicale, qui persistèrent pendant plusieurs années. Elle n'a jamais eu d'autres symptômes de la scrofule, comme maux d'yeux, d'oreilles, des articulations, etc. Jamais d'éruptions cutanées. Ses frères et sœurs sont tout à fait bien portants. — Elle était réglée à l'âge de quatorze ans. Ses menstruations venaient très régulièrement, mais l'écoulement du sang était assez faible. Elle n'est pas mariée et elle n'a pas eu d'enfants. — Elle n'a jamais eu aucune manifestation syphilitique.

Son lupus a débuté à l'âge de vingt-trois ans, par une plaque rouge,

toute petite, siégeant à la lèvre supérieure, immédiatement au-dessous de la narine droite. — Cette plaque ne dépassait pas le volume d'une lentille. — Au bout de quelques mois les mêmes papules sont apparues à la surface droite du nez et plus tard aux différents endroits de la joue droite. Ensuite ces boutons ou papules se sont ulcérés et ont augmenté de nombre et d'étendue ; au bout de deux à trois ans, toute la surface de la joue droite ne formait qu'un seul ulcère large, donnant lieu à une légère sécrétion. L'aile du nez du côté droit était déjà bien entamée à la fin de la première année.

A l'époque de chaque règle, l'état de la joue malade s'améliorait beaucoup ; la cuisson, la sensation désagréable, la sécrétion des surfaces ulcérées diminuaient notablement ; mais au bout de quelques jours cet état relativement bon disparaissait complètement et la maladie reprenait sa marche ordinaire. — Au printemps, le mal augmentait, en automne, elle se trouvait beaucoup mieux. Six mois après le début de sa maladie, on appliquait un caustique énergique sur le côté droit de la lèvre supérieure, et ce caustique produisit une eschare assez profonde, qui en s'éliminant provoqua une inflammation assez intense, accompagnée d'un gonflement de la joue et de la lèvre droite, ainsi que d'une douleur atroce. — Après la chute de l'eschare, il se forma une cicatrice indélébile, qui est encore aujourd'hui bien visible.

Ensuite, pendant trois mois, elle resta dans un hôpital de province, où on l'a traitée par les différents topiques irritants ou caustiques, dont elle ne connaît pas le nom ; ces caustiques, non seulement n'ont pas produit de bons résultats, mais au contraire, selon l'opinion de la malade, ont aggravé le mal. A part cela, elle n'employait presque aucun traitement, excepté quelques moyens adoucissants, sans importance.

Deux ans et demi après le commencement du lupus, la néoplasie se manifesta à la joue gauche et sur le même côté du nez. La marche de la maladie du côté gauche ressemblait beaucoup au développement du lupus du côté droit : apparition de plaques rouges, leur multiplication et ulcérations. Cependant, il faut avouer que l'intensité de la lésion est moins grande sur la joue gauche.

En 1880, à la fin du mois d'août, elle entre à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Vidal, absent à cette époque. Ses élèves ont commencé immédiatement les scarifications linéaires en insistant surtout sur les bords de la lésion (zone d'envahissement du lupus). Les premières scarifications étaient très douloureuses, mais les suivantes plus ou moins supportables. On n'a pas eu besoin de recourir aux anesthésiques, qui habituellement augmentent l'hémorrhagie et retardent la cicatrisation. Au bout de cinq ou six scarifications, la malade s'est aperçue d'une certaine amélioration. Dans les intervalles des scarifications elle appliquait constamment l'emplâtre rouge (cinabre et minium). Aux mois de novembre et de décembre l'amélioration était devenue frappante. La formation de cicatrices lisses, blanches, minces, consécutives aux scarifications multiples, se voit dans plusieurs endroits de la lésion. Cette amélioration était beaucoup plus prononcée du côté gauche, où la lésion était moins avancée que du côté droit.

Aux mois de février et mars, les scarifications linéaires ont produit tant d'effet, que la plus grande partie de la face était déjà cicatrisée avec une cicatrice mince, souple, blanche et présentant un aspect tout à fait satisfaisant. Les scarifications sont pratiquées très régulièrement, une fois par semaine.

Avril. — A une certaine distance, la figure de la malade paraît presque tout à fait normale. Elle ressemble un peu à la figure d'un individu qui porte des traces de variole de moyenne intensité. La néoplasie apparaît principalement dans trois petits points de la joue droite et un point de la joue gauche. C'est sur ces points que M. Vidal porte son instrument en pratiquant les scarifications linéaires quadrillées. Les douleurs et même les hémorrhagies pendant l'opération sont presque insignifiantes, relativement à ce qu'elles étaient au commencement du traitement.

Mai. — Les points morbides deviennent de plus en plus rares. On continue néanmoins de scarifier certains endroits suspects, quoique la malade puisse être considérée comme tout à fait guérie.

Juin. — Elle a contracté un érysipèle, après la guérison du que

les tubercules du lupus paraissent plus nombreux. M. Vidal continue toujours la scarification, en espérant que la guérison définitive de cette malade n'est pas trop éloignée. L'aggravation du lupus sous l'influence d'un érysipèle survenant accidentellement nous indique que cette maladie n'est pas toujours trop favorable au point de vue de la marche du lupus.

Juillet. — Les tubercules lupiques n'apparaissent plus. La malade a quitté l'hôpital.

OBSERVATION IX (personnelle).

Lupus ulcéreux de la face, datant de quarante ans. — Guérison.

Malade du dehors, habitant Paris, nommé Ferdinand X..., âgé de 47 ans, maître d'hôtel; d'une constitution robuste. Son père est mort à l'âge de 33 d'une maladie aiguë. Sa mère existe encore et se porte admirablement bien. Elle n'a eu aucune affection cutanée, excepté quelques manifestations pitiriasiformes sur les deux joues. Cette desquamation furfuracée apparaît et disparaît avec la plus grande facilité.

Quant à notre malade, dans son enfance, il présentait des manifestations nombreuses de l'impétigo, d'eczéma impétigineux à la figure et au cuir chevelu. Quelques conjonctivites et blépharites, presque à la même époque de son existence. Pas d'adénite cervicale, mais engorgement des ganglions multiples du creux axillaire, avec la suppuration de certains de ces ganglions.

Depuis son enfance, il a une prédisposition très grande aux catarrhes du nez et aux gonflements inflammatoires intenses et douloureux du même organe, qui apparaissent après chaque catarrhe et disparaissent au bout de quelques jours. — Aucune maladie syphilitique ou vénérienne dans ses antécédents. — Il a été vacciné et il a eu la rougeole, dans son enfance, sans suites fâcheuses. Pas d'alcoolisme. — A cause de son lupus, on lui a appliqué un cautère et on a maintenu la suppuration pendant bien longtemps au bras gauche. Il n'a jamais

eu aucune maladie grave. Constitution toujours bonne ; santé générale satisfaisante.

Son lupus a commencé à l'âge de 7 ans. Au début, il se forma une plaque rouge, large comme une petite pièce de 20 centimes ; elle s'ulcéra rapidement et donna lieu à une sécrétion plus ou moins continue et à la formation de croûtes gris verdâtres. — Tous les deux ou trois ans, autour de la plaque primitive, on voyait apparaître quelques tubercules ou plaques rouges secondaires, qui s'agrandissaient, se réunissaient avec la plaque centrale, et de cette manière, contribuaient beaucoup à l'augmentation de la lésion primitive. — C'est surtout au printemps que les nouvelles poussées avaient lieu et que la sécrétion et la production des croûtes devenaient plus abondantes. En été, il y avait toujours une amélioration relative.

Malgré tout cela, le processus morbide marchait si lentement, qu'à l'âge de 20 ans la lésion n'était pas plus grande qu'une pièce de 2 francs ou de dix centimes.

A l'âge de 11 ans, un médecin de province lui a proposé d'appliquer un vésicatoire sur la partie malade, ce qui aggrava la lésion. — A l'âge de 14 ans, on lui a pratiqué la cautérisation avec la pâte de Vienne. Le résultat de ce traitement était très favorable. L'amélioration notable persista pendant quatre ans. Après cette époque, c'est-à-dire à l'âge de 17 ans, la cicatrice commence à s'ulcérer et la néoplasie lupique se développe sur la cicatrice elle-même et la maladie reprend pour ainsi dire sa malignité précédente.

On pratiqua deux fois la cautérisation avec le fer rouge. L'amélioration fut très considérable ; la nouvelle cicatrice se forme et persiste dans toute son intégrité jusqu'à l'âge de 20 ans. A cette époque la cicatrice devient violacée, friable ; la sécrétion recommence de nouveau et le malade entre dans le service de M. Bazin, qui lui prescrit immédiatement l'application sur les parties malades de l'huile de noix d'acajou, une fois par semaine. A l'intérieur, l'huile de foie de morue, tisane de houblon et bains sulfureux. Après trois mois de ce traitement, l'amélioration fut plus considérable, qu'après toutes les cautérisations précédentes et pendant 12 ans, c'est-à-dire jusque à l'âge

de 33 ans, il se considéra comme complètement guéri. A l'endroit malade il n'y avait que quelques pellicules épidermiques, qui se détachaient facilement, mais pas d'ulcération, ni de sécrétion humide.

A l'âge de 33 ans, il se produisit une nouvelle poussée, une nouvelle ulcération et une sécrétion plus ou moins abondante, aussi bien que la formation des croûtes gris verdâtres. Il s'adressa alors à un officier de santé, qui fit l'application d'une poudre caustique sur la surface malade. Cette cautérisation provoqua une douleur extrêmement vive et produisit une escharre profonde, qui en tombant au bout de quelques jours, laissa une solution de continuité assez profonde et très-étendue. Au bout de quelques semaines toute cette ulcération se recouvrit d'une cicatrice assez lisse et blanche. Après cette nouvelle cicatrisation, pendant trois ans le malade se croyait comme à peu près guéri. La cicatrice était très-sensible au froid, aux boissons alcooliques et surtout aux influences saisonnières.

A l'âge de 37 ans, la néoplasie réapparut de nouveau. Les nouvelles poussées de tubercules lupiques, autour de la cicatrice elle-même, le ramollissement et la destruction des ces tubercules, donnèrent lieu à une nouvelle formation des ulcères, qui devinrent beaucoup plus larges, que les lésions qui les précédaient. Cette fois il s'adressa de nouveau à M. Bazin, qui lui prescrivit quelques eaux minérales, l'huile de foie de morue, 8 à 10 cuillerées à bouche par jour ; trois bains alcalins par semaine ; badigeonnage des parties malades avec de la teinture d'iode tous les quatre ou cinq jours. Ce traitement a duré neuf mois et a donné pour résultat une amélioration considérable. La cicatrice de nouvelle formation était lisse, blanchâtre, souple.

Depuis le commencement de son lupus, il a eu cinq fois érysipèle de la face. Les premiers érysipèles n'ont pas produit la moindre influence sur l'état et la marche du lupus, tandis que le dernier a augmenté notablement la lésion ; les ulcérations sont devenues plus profondes et plus larges.

Plus tard, pendant cinq ou six ans, son état fut satisfaisant et la néoplasie ne reparut pas. Cependant il prenait des bains alcalins de

temps en temps et de l'huile de foie de morue pendant les saisons froides. Les cicatrices devenaient rouges, parfois, et même s'ulcéraient passagèrement, surtout au printemps.

A l'âge de quarante-cinq ou quarante-six ans, le lupus a repris de nouveau sa marche destructive. Nouvelle poussée des tubercules; nouvelles ulcérations. Le lupus arrive à son étendue la plus large. Il occupe toute la joue gauche, depuis l'angle naso-génien, jusqu'à l'oreille correspondante et depuis la paupière inférieure gauche, jusqu'au bord inférieur de la mâchoire inférieure. A cette époque, le malade se trouvait horriblement défiguré, non-seulement par des cicatrices, des tubercules et des ulcères, mais encore par un gonflement considérable de la joue gauche, un épaissement irrégulier, inégal, ce qui donnait au malade un aspect très désagréable.

Dans ce triste état il se présenta à l'hôpital Saint-Louis, en réclamant les soins de M. Vidal, au mois de mai 1880. M. Vidal commença immédiatement à traiter son lupus par les scarifications linéaires. Il ne prescrivit aucun traitement interne, considérant que le malade était déjà gorgé et dégoûté de tous les médicaments.

Il était soumis aux scarifications régulières c'est-à-dire pratiquées une fois par semaine. Pendant les premiers mois M. Vidal n'a scarifié que les bords du lupus. On n'a pas employé l'anesthésie locale; aussi les premières scarifications étaient-elles très douloureuses; mais plus tard le malade s'y habitua et les souffrances devinrent plus supportables. Les hémorrhagies aussi étaient plus abondantes pendant les premières scarifications. Comme moyen hémostatique, le malade employait de la ouate ordinaire. Dans les intervalles des scarifications, il appliquait de l'emplâtre rouge (*cinabre et minium*) surtout pendant les nuits.

Au bout de trois ou quatre scarifications, le malade s'aperçut déjà d'une amélioration notable des parties atteintes. Le gonflement, la rougeur, la difformité diminuaient de plus en plus à chaque scarification. La marche envahissante du lupus en largeur était arrêtée rapidement par les scarifications des bords du lupus.

De temps en temps, surtout les jours des opérations, pour adoucir

la peau, pour diminuer la cuisson ou faciliter la chute des croûtes, lorsqu'elles existaient, le malade employait la pulvérisation, au moyen d'un pulvérisateur spécial.

Au bout de quelques mois de scarification marginale du lupus, M. Vidal commença à se rapprocher vers la partie centrale de la lésion, en attaquant la vaste surface du lupus par îlots, c'est-à-dire en scarifiant les endroits les plus atteints du vaste champ néoplasique. Peu à peu, aux endroits scarifiés, se sont formées des cicatrices, qui en s'élargissant de plus en plus, ont diminué notablement la surface morbide.

Au mois de septembre 1880, le malade fut atteint d'un rhumatisme articulaire aigu, compliqué d'un retentissement du côté du cœur. A cause de cette maladie intercurrente, il ne fut pas soumis aux scarifications pendant six semaines. Dans cet intervalle de traitement, le lupus non-seulement n'augmenta pas mais, au contraire, il s'affaissa davantage et devint plus pâle, probablement sous l'influence de l'épuisement général du malade.

Au mois d'octobre, on recommence les scarifications et on les continue tous les huit jours, insistant surtout sur les endroits malades. La cicatrisation marche très rapidement. Au mois de décembre, l'amélioration était tellement considérable, que M. Vidal interrompt le traitement, pendant cinq semaines.

Au mois de janvier 1881, le malade était soumis de nouveau aux scarifications linéaires, à cause de petits tubercules, qui apparaissaient par ci par là, au-dessous des cicatrices et qui sont attaqués par le scarificateur. Cette recherche des petits points et leur scarification par îlots, se continuent jusqu'à aujourd'hui, quoique le malade puisse être considéré comme complètement guéri depuis longtemps, et les scarifications actuelles peuvent être regardées comme moyen préventif contre la récurrence du lupus.

Bien que cette observation paraisse assez longue et un peu monotone, cependant en la lisant avec une certaine attention, on apprend, premièrement, que le lupus peut

durer plusieurs années et même des dizaines d'années; il ne manque pas beaucoup au lupus de notre malade pour avoir un demi siècle de durée. Ensuite, nous voyons, par cette observation, les améliorations fréquentes du lupus, sous l'influence de différents caustiques; mais ces améliorations et même ces guérisons ne sont pas durables, car la maladie réapparaissait toujours, au bout d'un temps plus ou moins long. Nous voyons encore que les scarifications linéaires ont donné jusqu'à aujourd'hui les meilleurs résultats, tant au point de vue de la régularité de la cicatrice, qu'au point de vue de la guérison complète du malade.

OBSERVATION X (personnelle).

Lupus tuberculo-ulcéreux.

Salle Henri IV, service de M. Fournier, n° 27.

Amélie X..., âgée de 23 ans, domestique, constitution un peu grêle. Ses parents étaient toujours bien portants et aucune personne de sa famille n'a jamais eu de maladie pareille. Dans son enfance, elle ne présentait aucune manifestation scrofuleuse. Elle était toujours d'une constitution plus ou moins faible, mais elle n'a jamais eu de maladie grave. Réglée à l'âge de 14 ans, ses menstruations présentaient beaucoup d'irrégularité. L'écoulement du sang, à chaque époque menstruelle, était toujours faible. Mariée à 18 ans, elle n'a jamais eu d'enfants et n'a jamais fait de fausses couches. Deux mois avant l'apparition du lupus, se déclarèrent chez elle deux petites chéloïdes spontanées; l'une sur le côté droit du menton, grosse comme un petit haricot, dure, lisse, blanche, luisante; l'autre située à la commissure gauche de la bouche, moins saillante, ridée, dure, blanchâtre, large comme une pièce de 50 centimes. Au commencement, elle était un peu ulcérée.

Le lupus a débuté à l'âge de 22 ans, par une tache rouge, grande comme une lentille, siégeant sur le côté droit du nez, s'ulcérant facilement et se couvrant de croûtes gris-verdâtre. Ensuite, la lésion se propagea vers le dos du nez, présentant toujours un aspect inégal, bosselé, tuberculeux. Depuis le commencement de ces affections, c'est-à-dire les chéloïdes et le lupus, elle s'adressa à M. Fournier qui lui a prescrit l'emplâtre de Vigo, comme traitement local, et le vin de gentiane, le sirop d'iodure de fer et les bains sulfureux, comme traitement général. S'il se formait des croûtes résistantes et adhérentes, on appliquait des cataplasmes émollients et on employait les pulvérisations avec de l'eau simple.

Ne trouvant pas beaucoup de modification sous l'influence de ce traitement à domicile, elle se décida à entrer à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Fournier, pour se soumettre à un traitement plus régulier. Depuis le 5 janvier 1881, elle est régulièrement scarifiée une ou deux fois par semaine. Les scarifications étaient pour la malade très douloureuses, on a essayé d'employer l'éther, mais comme elle ne pouvait pas supporter son odeur, on était obligé de la scarifier sans aucun moyen anesthésique. L'écoulement du sang, après les scarifications était toujours plus ou moins abondant. On l'arrête avec de l'amadou et de la ouate. En dehors des scarifications elle prend ses médicaments internes et applique l'emplâtre de Vigo sur la surface malade. Elle emploie la pulvérisation lorsqu'il se forme des croûtes adhérentes au tissu sous-jacent. Malgré les scarifications, le lupus s'agrandissait au commencement du traitement. Après avoir remonté jusqu'au dos du nez, il a envahi l'autre côté du nez et la partie droite de la lèvre supérieure. Mais, malgré cela, l'amélioration est assez considérable, sous ce rapport que la rougeur, les saillies, les exubérances formées par les parties malades ont diminué beaucoup, et du côté droit du nez à l'aile droite, la cicatrisation lisse et blanche est déjà bien avancée.

OBSERVATION XI (personnelle).

Lupus tuberculeux de la joue droite et des oreilles.

Malade du dehors venant à l'hôpital tous les huit jours, pour le traitement chirurgical de son lupus.

Félix N. âgé de 3 ans, d'un habitus lymphatique et strumeux. Comme manifestation scrofuleuse, il avait eu un eczéma opiniâtre des oreilles et un engorgement de quelques ganglions lymphatiques du cou.

Son lupus a débuté à l'âge d'un an par un bouton rouge, siégeant à la partie moyenne de la joue droite. S'agrandissant peu à peu, au bout de dix-huit mois, la plaque lupique est arrivée à une étendue d'une pièce de 2 francs. C'est à cette époque qu'on l'a soumis aux scarifications linéaires, quadrillées. Il présente encore une plaque large comme une pièce de 20 centimes à la partie supérieure du pavillon de l'oreille gauche, qui s'est montrée en même temps que la plaque de la joue. Dans ces derniers mois il lui est venu un nouveau bouton, encore plus petit que le précédent au lobule de l'oreille droite.

On scarifie les trois plaques lupiques avec le scarificateur de M. Vidal. L'amélioration est plus prononcée dans la plaque la plus grande, c'est-à-dire celle de la joue, car presque toute la surface de cette plaque est devenue blanche avec un aspect de la peau normal.

Au bout de trois mois de scarifications hebdomadaires, la guérison est complète.

OBSERVATION XII (personnelle).

Lupus tuberculeux, ulcéreux, exubérant avec formation de croûtes épaisses sur les parties malades.

Salle Saint-Jean, service de M. Vidal, n° 64.

M^{lle} Rose N..., âgée de vingt-deux ans, couturière. Constitution

assez forte avec une tendance à l'embonpoint, mais de nature lymphatique. Sa mère était faible et est morte de phthisie pulmonaire à l'âge de 42 ans. Son père est toujours bien portant. Ses frères et sœurs, au nombre de sept, sont morts dans la première enfance ; pour la plupart chez leurs nourrices. Comme manifestation strumeuse, elle a eu dans son enfance quelques conjonctivites, quelques blépharites et une adénite cervicale passagère. Étant toute petite, elle fut toujours chétive et pâle. A l'âge de dix ans, elle était menstruée (elle est née et a été élevée à Paris). Au commencement, ses règles étaient pénibles et douloureuses ; mais plus tard, à l'âge de treize ou quatorze ans, elles sont devenues très-régulières. A l'âge de sept ans, elle eut une coqueluche et une bronchite très-intenses qui durèrent plusieurs mois ; à l'âge de onze ans, une fièvre typhoïde grave, après laquelle elle resta toujours pâle, maigre, faible et anémique. A l'âge de dix-huit ans, elle a eu une rougeole assez intense et c'est après la guérison de cette maladie qu'elle a commencé à prendre un peu de forces et à acquérir un embonpoint assez prononcé. Elle n'a jamais eu aucune maladie vénérienne ou syphilitique.

En 1879, elle s'est aperçue de la présence d'un bouton rouge, saillant, large d'un centimètre à peu près, recouvert d'une croûte noirâtre et siégeant à la partie supérieure et externe du bras droit, un peu au-dessus de l'insertion inférieure du deltoïde. Cette affection provoquait une légère démangeaison, qui forçait la malade de se gratter et d'arracher les croûtes qui se reproduisaient très rapidement.

Cette lésion s'élargissait progressivement de tous côtés, en conservant toujours sa forme ronde ou un peu elliptique. Tandis que le lupus s'élargissait lentement en dehors, sa partie centrale guérissait et se cicatrisait. La lésion représentait un cercle s'étendant à l'extérieur et se cicatrisant à l'intérieur. Comme traitement, elle a employé l'alcool camphré, la glycérine, la pommade camphrée, et quelques autres substances plus ou moins irritantes ; mais, bien entendu, elle n'a obtenu aucune amélioration de cette espèce de traitement improvisé.

Au commencement de cette année 1881, le 26 janvier, elle est entrée à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Vidal, présentant à la par-

tie supérieure et externe du bras droit une ulcération à fond exubérant, à forme circulaire et annulaire et recouverte d'une croûte épaisse, sèche, noirâtre, en un mot présentant tous les caractères d'une syphilitide pustulo-crustacée, à forme plus ou moins circulaire. M. Vidal malgré sa grande expérience était un peu hésitant au point de vue du diagnostic de cette affection, quoiqu'il penchât beaucoup pour le lupus. Il a prescrit comme traitement interne, l'iodure de potassium et le quinquina ioduré, et comme traitement local le sparadrap de Vigo. Ce traitement n'a produit aucun effet favorable; au contraire, le cercle morbide a pris des dimensions plus grandes.

A part son affection du bras, elle présente une lésion semblable à la fesse droite, avec cette différence que l'ulcère et les croûtes qui le couvrent présentent une forme plus irrégulière, une espèce d'angle droit, ouvert d'un côté et que cette lésion date déjà d'une douzaine d'années.

Le 20 avril, M. Vidal se décida à appliquer à cette malade son traitement usuel dans les cas pareils, *le traitement par les scarifications linéaires*. Dans la première séance, il a scarifié d'emblée toute la surface malade, au moyen de son scarificateur à lame étroite. A cause de l'anesthésie locale pratiquée avec de l'éther sulfurique, la malade n'a pas souffert beaucoup. L'hémorrhagie un peu abondante était arrêtée facilement au moyen de la ouate et de l'eau froide. Plus tard, les scarifications étaient répétées tous les huit jours très régulièrement. Dans les intervalles des opérations, la malade appliquait l'emplâtre rouge sur les parties scarifiées. Après quatre ou cinq scarifications, l'amélioration de la lésion lupique était déjà suffisamment appréciable, et aujourd'hui, au bout d'une douzaine d'opérations, la marche vers la guérison est bien visible. Le lupus a changé complètement d'aspect : son exubérance a diminué considérablement, la sécrétion morbide s'est arrêtée presque complètement, les croûtes ne se produisent plus avec autant de facilité qu'auparavant et la peau où siège la lésion commence à s'amincir notablement.

Au bout de trois mois, la guérison fut complète; mais la malade se suicida par l'oxyde de carbone aussitôt qu'elle eut quitté l'hôpital.

OBSERVATION XIII (personnelle).

Lupus tuberculeux (tumidus) de la joue droite et de l'aile du nez.

Salle Saint-Jean, n° 56, service de M. Vidal.

M^{lle} Berthe B..., âgée de 24 ans, modiste. Constitution moyenne. Ses parents, frères et sœurs n'ont jamais eu ni lupus ni aucune autre maladie cutanée. Comme affection scrofuleuse elle n'a jamais présenté qu'une adénite cervicale, qui a duré pendant plusieurs années; elle n'a jamais eu aucune autre manifestation de cette nature; mais jusqu'à l'âge de la puberté elle était faible, chétive, anémique. Ses menstruations sont venues à l'âge de 12 ans, et depuis cette époque, sa santé et ses forces se sont améliorées considérablement. Tout d'abord, pendant six ans, elle fut très bien réglée, mais depuis sa dix-huitième année elle éprouva, à chaque époque menstruelle, quelque troubles, un état dysménorrhéique. Elle n'est pas mariée et n'a jamais eu d'enfants.

Son lupus a commencé à l'âge de 20 ans. Au début, avant l'apparition des tubercules lupiques, elle a éprouvé une sensation anormale dans la narine gauche et quelque écoulement jaunâtre se desséchant facilement et agglutinant l'orifice de cette narine. Dans un espace de temps peu considérable, elle a remarqué trois taches rouges, ne dépassant pas l'étendue d'une tête d'épingle sur la face externe de l'aile gauche du nez. Ensuite, ces taches s'élargissant de tous les côtés, ont envahi au bout de six mois la plus grande partie de la face gauche du nez et une partie considérable de la joue gauche. La lésion occupait à peu près dix centimètres de largeur et douze centimètres de longueur. Cette plaque était toujours d'un rouge intense et considérablement gonflée et infiltrée. Cette rougeur et le gonflement quelquefois diminuaient, d'autres fois augmentaient sans aucune cause appréciable.

Pendant une année, elle se traita au moyen de quelques topiques sans aucune importance.

Ensuite, elle s'adressa à M. Hardy, qui lui prescrivit : huile de foie

de morue, sirop d'iodure de fer, bains sulfureux et, comme traitement local, la teinture d'iode, qu'elle appliqua sur les parties malades, pendant trois mois, sans aucun résultat.

Dans la troisième année, elle se soumit aux scarifications pratiquées par un médecin de province, sous l'influence desquelles il y eut quelques améliorations légères : diminution de rougeur, de gonflement, mais pas de guérison complète.

Dans la quatrième année, il se forme deux plaques isolées, larges comme une pièce d'un franc, siégeant en arrière de la lésion principale, plus près de l'oreille correspondante. Elle continuait toujours son traitement général.

Au mois de décembre 1880 elle se présenta dans le service de M. Vidal, où elle fut soumise immédiatement aux scarifications linéaires quadrillées. En dehors des scarifications, elle employa tous les jours, les pulvérisations à l'eau froide et l'emplâtre de Vigo. L'amélioration fut assez notable et relativement rapide, mais comme le traitement exigeait un temps assez prolongé, la malade commença à s'ennuyer à l'hôpital et dans les premiers jours du mois de mars, elle quitta le service de M. Vidal dans un état assez satisfaisant, sans être cependant tout à fait guérie.

Au mois de mars et d'avril elle se présentait aux scarifications tous les mercredis ; mais au mois de mai elle cessa complètement son traitement.

La tuméfaction des parties malades a considérablement augmenté pendant cet intervalle.

Le 23 juin. — Elle se décida de nouveau à rentrer à l'hôpital et depuis cette époque elle est scarifiée régulièrement, tous les huit jours, au moyen de scarificateur de M. Vidal. L'amélioration commence à se prononcer visiblement.

Vers l'automne la guérison fut complète.

OBSERVATION XIV (personnelle).

Lupus tuberculeux du nez.

Malade du dehors, venant tous les samedis dans le service de M. Besnier pour se soumettre aux scarifications.

Mme X..., âgée de 32 ans, couturière ; constitution moyenne. Elle n'a jamais eu aucune maladie grave ; jamais de syphilis. Régulée à l'âge de 15 ans. Mariée et mère de deux enfants bien portants. Elle ne se rappelle avoir présenté aucune affection strumeuse dans son enfance.

Son lupus remonte à deux ans. Vers l'âge de 30 ans, elle a remarqué une tache, petite comme une tête d'épingle, un peu saillante, siégeant à la partie postérieure de l'aile gauche du nez, tout près de l'angle naso-génien. Cette plaque, d'une coloration rougeâtre, formée de tubercules lupiques, ne donnait lieu à aucune sensation particulière. Elle augmentait très lentement, quelquefois diminuait, d'autres fois, grandissait, sans aucune cause appréciable pour la malade. Enfin, au bout de deux ans, elle est arrivée à une largeur d'une pièce de 50 centimes et en même temps elle est devenue proéminente.

Aussitôt que la malade se présenta à l'hôpital, on lui fit un râclage superficiel, au moyen d'une petite curette, et immédiatement après, une scarification linéaire quadrillée. La douleur et l'hémorrhagie étaient insignifiantes à cause de la faible étendue de la surface opérée. Trois scarifications pareilles, accompagnées de râclage, étaient suffisantes pour détruire complètement le tissu lupique et amener la guérison. Aujourd'hui, il reste une petite tache rosée sans importance. En dehors de scarifications, la malade appliquait l'emplâtre de Vigo.

Elle ne reviendra à l'hôpital le jour des scarifications que dans le cas où son lupus se montrerait de nouveau.

OBSERVATION XV. (personnelle).

Lupus tuberculeux de l'oreille droite et du nez.

Malade du dehors venant dans le service de M. Besnier pour se soumettre aux scarifications linéaires.

M^{lle} Elisa N..., âgée de 22 ans, commerçante. Personne dans sa famille n'a jamais eu d'affection pareille ni aucune autre maladie de la peau plus ou moins sérieuse et durable. Ses menstruations sont venues à l'âge de quinze ans et dans les premières années elles étaient très régulières ; au contraire, depuis deux ou trois ans, la malade a remarqué sous ce rapport, quelques désordres qui se continuent jusqu'à aujourd'hui. A côté de ces troubles menstruels, elle offre quelques désordres dans le système nerveux ; elle présente une certaine prédisposition aux accès hystériformes, aux névralgies, prosopalgies fréquentes, surtout dans le domaine du nerf maxillaire inférieur. Elle n'a jamais eu aucune maladie grave. Comme manifestation strumeuse, elle a eu quelques engorgements ganglionnaires du cou, mais aucune autre affection de cette nature.

Son lupus de l'oreille a commencé à l'âge de huit ans. Elle ne se rappelle pas bien quel était son début et son mode de développement. Aujourd'hui, on voit une plaque rouge-vineuse, légèrement blanchâtre, qui occupe le lobule et le tiers inférieur de la conque de l'oreille droite. Sur cette plaque lupique qui est bien saillante, les exulcérations et les croûtes se forment très souvent, se détachent et se renouvellent rapidement. Comme traitement, la malade a employé différentes pomma- des et différents caustiques, sans aucun résultat. La lésion lupique n'a pas beaucoup de tendance à se propager aux parties voisines et reste stationnaire depuis plusieurs années.

A l'âge de 20 ans, elle a remarqué une petite tache, large comme un grain de chènevis, située sur le côté gauche du nez, un peu au-dessus de l'aile gauche. Cette plaque formait des tubercules lupiques d'une coloration rouge, peu saillante, non douloureuse, augmentait très len-

tement, de telle sorte qu'aujourd'hui, après deux ans de développement, elle n'est pas plus grande qu'une pièce de 50 centimes. La surface de cette plaque se couvrait de temps en temps d'une desquamation furfuracée. Depuis quelque temps, la plaque est devenue plus saillante, proéminente au-dessus des parties saines. La malade n'a rien employé contre cette lésion.

A la fin du mois de juillet, elle se présenta dans le service de M. Besnier, où on lui a pratiqué immédiatement un râclage suivi de scarifications. Après avoir arrêté l'hémorrhagie au moyen d'une éponge, elle appliquait l'emplâtre de Vigo, qu'elle gardait presque continuellement. De temps en temps, elle fait encore le lavage des parties malades, avec une solution de savon noir.

Après la première séance opératoire, il y avait une amélioration notable.

Quinze jours après, on pratiqua une seconde scarification de l'oreille qui fut très douloureuse et, en même temps, une scarification de la plaque nasale.

Septembre. — La lésion lupique du nez est en voie de guérison, mais celle de l'oreille présente une tendance beaucoup plus faible à l'amélioration.

OBSERVATION XVI (personnelle).

Lupus tuberculeux de la joue droite.

Malade de province venant à Paris tous les mercredis, pour se traiter par les scarifications.

M^{lle} Berthe N..., âgée de 48 ans. Constitution moyenne. Personne dans sa famille n'a jamais eu de lupus ni aucune autre affection cutanée. Sa santé générale était toujours parfaite. Elle n'a jamais eu aucune trace de gourme, aucune manifestation scrofuleuse. Elle n'a eu pendant toute son existence, d'autre maladie sérieuse que la rougeole. Ses menstruations sont venues à l'âge de 13 ans et depuis cette époque, elle est toujours bien réglée.

Son lupus a commencé il y a cinq ans, tout à fait au centre de la

joue droite par un petit bouton rouge, qui s'agrandissait très-lentement et de temps en temps se couvrait de croûtes en s'ulcérant légèrement. Elle a employé différentes pommades, différents topiques et entre autres, quelques substances caustiques bien énergiques, qui ont donné lieu à la formation de cicatrices indélébiles.

C'est au commencement de la cinquième année de sa maladie, qu'elle est venue à l'hôpital Saint-Louis, pour se soumettre aux scarifications linéaires. A cette époque, son lupus se présente sous la forme d'une plaque régulièrement circulaire, d'une étendue de 6 à 8 centimètres dans ses diamètres, couverte de cicatrices inégales, déprimées assez profondément, dans certains endroits, et tubercules lupiques dans toutes les autres parties de la plaque.

Elle est scarifiée tous les huit jours. La sensibilité de la peau est tellement grande chez elle, qu'on est obligé d'employer avant chaque opération, l'application d'éther pulvérisé comme moyen anesthésique.

Après les trois ou quatre premières scarifications, l'amélioration fut déjà bien visible, mais son progrès était toujours tellement lent, qu'aujourd'hui, au bout d'une année de ce traitement chirurgical, la malade n'est pas encore complètement guérie; car tous les mercredis on aperçoit quelques petits tubercules disséminés, qu'on est obligé d'attaquer au moyen du scarificateur. Mais à part ces quelques tubercules, apparaissant par ci par là, à part ces scarifications de perfectionnement, l'aspect général de la plaque ne laisse pas beaucoup à désirer. Elle est devenue lisse, blanche, différant peu de la peau normale et s'il n'y avait pas ces quelques cicatrices déprimées, produites par les caustiques énergiques, employés précédemment, la joue, du côté de la lésion aurait un aussi bel aspect que la joue du côté sain.

OBSERVATION XVII (personnelle).

Lupus tuberculeux de la joue droite.

Malade du dehors venant dans le service de M. Besnier, pour être traité par le râclage et les scarifications linéaires.

Félix Z..., 11 ans, constitution moyenne. Comme manifestation strumeuse, il n'a jamais eu d'autre affection qu'un eczéma impétigineux ou impétigo, de la face, survenant à l'âge de 3 ans. Aucune maladie grave dans ses antécédents.

Son lupus a débuté à l'âge de quatre ans, par une petite tache rouge, ressemblant à une piqûre de puce et siégeant juste au milieu de la joue droite. Cette tache s'élargissait très lentement et c'est à peine si au bout de trois ou quatre ans, elle est arrivée à une étendue d'une pièce d'un franc. Cette plaque ne donnait lieu à aucune douleur, à aucune démangeaison, mais elle se desquamait assez souvent.

Pendant tout ce temps le malade était traité par quelques pommades, quelques caustiques qui, selon l'expression de sa mère, lui ont fait plus de mal que de bien.

A l'âge de huit ans, il se présenta dans le service de M. Besnier où il fut soumis au traitement chirurgical de cette affection, c'est-à-dire au râclage et scarifications linéaires. On a pratiqué tantôt l'une, tantôt l'autre méthode opératoire et l'amélioration a été bien évidente ; mais, malheureusement, le malade ne se présentait pas régulièrement aux opérations ; de temps en temps, il restait quelques semaines et même des mois entiers sans se présenter à l'hôpital, ce qui entrava considérablement la marche de la guérison ; car la néoplasie abandonnée plus ou moins longtemps à elle-même, se reproduit facilement et toutes les opérations précédentes deviennent, pour ainsi dire, absolument inutiles au point de vue de la guérison.

Depuis quelques mois cependant, il se soumet plus régulièrement aux scarifications et l'amélioration est devenue tellement grande, qu'elle touche, pour ainsi dire, à la guérison. La plaque lupique est tout-à-fait lisse aujourd'hui et présente plus de surface blanche avec l'aspect de la peau normale, que de surface morbide.

[OBSERVATION XVIII (personnelle).

Lupus tuberculeux de la fesse gauche.

Malade du dehors venant dans le service de M. Besnier tous les samedis, pour se soumettre aux scarifications.

Maurice N..., 10 ans. Constitution un peu forte, mais d'un aspect lymphatique. Aucune maladie grave, aucune manifestation strumeuse dans ses antécédents. Personne dans sa famille n'a jamais été atteint ni de lupus, ni d'autre affection cutanée persistante.

La lésion actuelle a débuté, à l'âge de huit ans, par une petite plaque rougeâtre, large comme une lentille et siégeant à la surface interne de la fesse gauche à 3 ou 4 centimètres en dehors de l'anus. Cette plaque, complètement indolente, s'élargissait peu à peu, et au bout de deux ans, elle est arrivée à une étendue d'une pièce de 2 francs, avec une forme ovalaire ou elliptique.

Le malade se présenta dans le service de M. Besnier dans la seconde moitié du mois d'avril 1881, et immédiatement il fut soumis aux scarifications linéaires, quadrillées, pratiquées par M. Siredey, interne du service. Ces opérations se répétèrent tous les huit jours. En dehors de scarifications, on appliqua l'emplâtre de Vigo.

Après la quatrième séance opératoire, l'amélioration était déjà très considérable. La surface de la plaque lupique était devenue lisse, blanchâtre et se rapprochant beaucoup de la peau normale.

A la fin du mois de septembre, le malade a pu être considéré comme complètement guéri ; on lui a recommandé seulement de se présenter de temps en temps à l'hôpital pour pouvoir surveiller la cicatrice et attaquer le mal aussitôt que le moindre tubercule pourra être aperçu.

OBSERVATION XIX (personnelle).

Lupus tuberculeux de la joue droite.

Malade du dehors venant à l'hôpital une fois par semaine, pour subir le traitement par scarifications.

Charles X.... 11 ans; constitution un peu grêle et faible. Il n'a encore aucune profession et fréquente l'école.

Comme affection scrofuleuse, il a eu un eczéma impétigineux de la face et du menton dans sa première enfance. A 5 ou 6 ans, il était atteint d'ophtalmies et de blépharites opiniâtres, aussi bien que d'adénite cervicale de nature strumeuse. Outre cela, il était toujours chétif et anémique. A l'âge de 10 ans, fluxion de poitrine. Il y a quelques mois, une angine phlegmoneuse.

Son lupus a débuté à l'âge de quatre ans, par une petite plaque rouge siégeant au milieu de la joue droite. Cette lésion augmentait très lentement et c'est à peine si au bout de plusieurs années, la plaque lupique est arrivée à une étendue d'une pièce de 2 francs. La surface malade se desquamait de temps en temps. On a employé quelques pommades irritantes ou caustiques, sans obtenir aucun résultat.

Il y a six mois il se soumit au traitement par scarifications et au bout de trois ou quatre séances, l'amélioration fut déjà bien appréciable. En dehors des scarifications on employait l'emplâtre de Vigo.

Aujourd'hui, après des scarifications nombreuses, la surface lupique présente une modification tellement grande, qu'elle se rapproche beaucoup de la surface à l'état normal et il faut espérer que la guérison définitive ne tardera pas à avoir lieu.

OBSERVATION XX

Lupus tuberculeux de la face. — Observation de Balmano-Squire.

Une fille de Baldock, âgée de 27 ans, avait un lupus depuis son

enfance ; autant qu'elle put affirmer la maladie aurait débuté dès la deuxième année de sa vie ; elle a marché très rapidement depuis ces trois dernières années. Elle affecte uniquement la joue gauche, sur laquelle on trouve une plaque mesurant deux pouces et demi, dans le sens vertical, et un pouce et demi, dans le sens horizontal.

On pratiqua, d'abord, le grattage, après avoir chloroformé la malade, puis on fit des scarifications après avoir éthérisé localement. Au bout de quinze jours il ne restait plus, outre la cicatrice, qu'un ou deux petits nodules qu'on enleva cinq jours après, avec la cuillère coupante, la peau ayant été pulvérisée.

Le tout est aujourd'hui en voie de guérison.

OBSERVATION XXI (personnelle).

Lupus tuberculeux ulcéreux de la joue et du nez. — Salle Henri IV
service de M. Fournier, n° 2.

M^{lle} Valentine, 17 ans. Constitution assez forte ; pourvue d'embonpoint, mais en même temps sa figure présente un aspect un peu lymphatique : elle est bouffie et boursouflée. Personne dans sa famille n'a jamais eu de lupus. Son père était atteint d'une adénite cervicale suppurée, très opiniâtre. Dans son enfance, elle n'a eu aucune manifestation strumeuse.

A l'âge de 12 ans, une tumeur blanche au pied droit, heureusement guérie au bout de deux ans de traitement. Ses menstruations sont venues à l'âge de 15 ans et elles présentent cette particularité rare, que les intervalles qui les séparent sont excessivement longs. Ses règles apparaissent tous les six mois avec un écoulement sanguin très abondant, durant six à huit jours à chaque époque menstruelle et ne s'accompagnant d'aucune souffrance, d'aucun phénomène dysménorrhéique.

Son lupus a débuté à l'âge de 16 ans par une papule rouge, dont l'étendue ne dépassait pas le volume d'une lentille et dont le siège primitif était la partie la plus culminante du lobule du nez. La lésion s'étendait très lentement vers l'aile droite du nez, dont le bord libre

présentait une exubérance considérable, la surface exulcérée, sécrétante et donnant lieu à la formation de croûtes se renouvelant assez fréquemment.

Quatre mois plus tard, un lupus pareil, large comme une pièce de deux francs, se développa à la partie centrale de la joue droite. Sa surface aussi fut ulcérée et se recouvrait de croûtes.

Deux mois après, une autre plaque de même nature, large comme une pièce de 50 centimes, est apparue à la partie supérieure du cou, immédiatement au-dessous de l'oreille gauche.

Comme traitement et avant de se présenter à l'hôpital Saint-Louis, elle fut cautérisée au moyen du nitrate d'argent, qui n'a produit aucun résultat favorable.

En 1881, au mois de février, elle rentra dans le service de M. Fournier et fut soumise aux scarifications linéaires répétées une ou deux fois par semaine. Au bout de trois ou quatre scarifications, le gonflement et l'exubérance diminuèrent notablement, les croûtes ne se produisirent plus et l'aspect général de toutes les lésions fut infiniment meilleur.

Au commencement, elle souffrait tellement qu'on était obligé d'avoir recours à l'anesthésie locale, mais au bout de quelques séances les douleurs sont devenues assez supportables, pour que l'on puisse abandonner les moyens anesthésiques. En dehors des scarifications et aussitôt que l'hémorrhagie a été arrêtée, elle a employé la pulvérisation et l'emplâtre de Vigo. Comme traitement interne : huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, gentiane, bains sulfureux.

Au mois d'avril elle a contracté un érysipèle de la face, qui a produit une amélioration considérable des lésions lupiques, surtout de celle qui occupe le nez.

Mai et juin. — Les scarifications s'exécutent très régulièrement, l'amélioration avance, quoiqu'elle ne marche pas aussi rapidement qu'au début du traitement.

Juillet, août et septembre. — L'amélioration est très considérable, le nez est presque complètement guéri ; les lésions de la joue et du cou sont dans un état très satisfaisant.

CHAPITRE V

LUPUS VORAX

De toutes les formes du *lupus*, le *vorax* est la forme la plus grave, la plus destructive et la plus dangereuse. C'est elle qui donne lieu à ces solutions de continuité très étendues, profondes, à ces destructions ou mutilations irréparables, à ces difformités hideuses qui conduisent quelquefois aux troubles fonctionnels graves et même mortels.

Nous avons déjà dit que le *lupus tuberculeux* a une certaine tendance à l'ulcération : cette tendance est surtout très prononcée chez les individus *scrofuleux*. Cette ulcération peut s'étendre en surface, par ses bords, *lupus exedens* superficiel, ou bien il tend à devenir térébrant et, en quelques semaines, il peut détruire les ailes du nez, les lèvres, etc. C'est la forme à laquelle on a donné le nom de *lupus vorax*. Après avoir passé par cette phase ulcérationnelle, il peut encore guérir : mais alors il donne lieu à des cicatrices difformes et à des mutilations souvent affreuses. Le *lupus vorax* se rencontre surtout dans le voisinage des muqueuses et sur les muqueuses elles-mêmes. C'est ainsi qu'il trop souvent on le voit envahir les fosses nasales avec une grande rapidité, détruisant les ailes du nez, emportant la lèvre supérieure, détruisant les aponévroses, les muscles, altérant même les cartilages du nez et le vomer ; prenant

des organes importants comme les yeux, qu'il envahit par la conjonctive et la cornée.

Très souvent, le lupus vorax se recouvre d'une croûte épaisse, d'un brun verdâtre, avec l'ulcération en dessous, et il ressemble beaucoup, dans ce cas, à une syphilide ulcéreuse (*rupia*), de telle sorte que plusieurs auteurs, Bazin entr'autres, admettent un lupus syphilitique. Quelquefois, l'ulcération végétale, se couvre de gros bourgeons fongueux, revêtus de croûtes épaisses, triplant, par exemple, le volume du lobule du nez : c'est le lupus ulcéreux végétant, le lupus exubérant de quelques auteurs. Le lupus ulcéreux ou exedens se trouve, le plus habituellement, sur la face, surtout vers l'orifice des narines, vers les ailes du nez. Lorsqu'on soulève les croûtes, on voit l'aspect granulé du fond. L'ulcération gagne, soit en surface, soit en profondeur. On le rencontre plus rarement sur le tronc, les membres inférieurs, la jambe, le bras, les mains. Il peut envahir les muqueuses, soit primitivement, soit consécutivement. On l'a constaté dans l'arrière-gorge, sur le pharynx, le voile du palais, les gencives, la langue et même le larynx.

Traitement. — M. Hillairet emploie comme caustique, dans le lupus vorax la préparation suivante :

Chlorure de zinc déliquescent	} à parties égales.
Alcool.	

Il fait aussi usage de caustique Filhos. Avant d'avoir recours aux scarifications, M. Vidal a employé la poudre de nitrate de plomb et il a obtenu de bons résultats. On peut citer encore le nitrate acide de mercure, le fer rouge,

le thermo-cautère de Poquelin. Mais tous ces caustiques donnent lieu à des cicatrices difformes.

Il y a des formes de *lupus vorax* qui, à la suite de poussées aiguës, peuvent détruire en quelques jours le nez, les joues, etc. Dans ces cas, on avait autrefois recours au fer rouge, aux caustiques énergiques : depuis quelques années, on a apporté à ces médications des modifications très heureuses.

Dans aucune maladie cutanée, le traitement chirurgical et surtout le traitement par des scarifications linéaires n'a donné des résultats aussi satisfaisants que dans cette forme la plus grave du *lupus* connue sous le nom de *lupus vorax*. Cette cruelle affection que les caustiques les plus énergiques, les cautérisations au fer rouge ne suffisent pas toujours à arrêter, peut être rapidement enrayée par les scarifications linéaires. Deux opérations, faites à cinq ou six jours d'intervalle, suffisent souvent pour entraver la tendance ulcéreuse et pour amener une modification que les opérations suivantes ont acheminée vers la guérison. M. Vidal a eu l'occasion de traiter plusieurs *lupus vorax* par les scarifications linéaires et il a obtenu les meilleurs résultats. Sa première observation est consignée dans la thèse d'un de ses élèves, M. le Dr Lelongt (Obs. XVIII, p. 71). Il paraît que M. Vidal est le premier qui ait traité le *lupus vorax* par scarification. En parcourant les différentes maladies de la peau et surtout les différentes formes du *lupus* et leur traitement par les scarifications, j'arrivai à cette conclusion que, dans aucune affection cutanée, les scarifications linéaires n'ont rendu autant de services à l'humanité que dans le *lupus vorax*. Dans cette forme exclu-

sivement grave du lupus, l'efficacité des scarifications linéaires est infiniment plus évidente que dans la forme la plus légère et la plus superficielle, que nous avons décrite sous le nom de lupus érythémateux et qui cède souvent aux caustiques tout à fait superficiels. Il faut avouer franchement que la médecine moderne, malgré tous ses progrès, ne possède pas beaucoup de moyens aussi efficaces que les scarifications linéaires, dans le traitement du lupus vorax.

OBSERVATION XXII (personnelle).

Lupus vorax.

Salle Saint-Jean, service de M. Vidal, n° 54. N..., âgé de 17 ans. tailleur d'habits. Constitution un peu grêle, lymphatique. Il habitait constamment la campagne. Sa mère, toujours bien portante, est morte d'une maladie aiguë. Son père est d'une santé parfaite. Comme manifestation scrofuleuse, il a eu dans son enfance une adénite cervicale, dont les traces persistent encore aujourd'hui : de chaque côté du cou, on trouve des ganglions engorgés, gros comme un haricot ou une fève. Il a toujours eu une prédisposition très grande aux conjonctivites, prédisposition caractérisée par une rougeur plus ou moins intense, épiphora et photophobie qui apparaissaient et disparaissaient de temps en temps. Il a eu en même temps quelques otites avec écoulement purulent du conduit auditif externe. De temps en temps, gonflement du nez et de la lèvre supérieure. En fait de maladies graves, il a eu une pleurésie dans son jeune âge et depuis cette époque, à part son lupus, il était toujours assez bien portant.

Son lupus a débuté à l'âge de 13 ans. La lésion primitive avait son siège sur la face interne de l'aile gauche du nez et tout près de son bord libre. Le malade a remarqué, dans cet endroit, une petite croûte brunâtre, qu'il arrachait sans aucune douleur. Au-dessous de cette

croûte, il y avait une saillie, une exubérance de tissu dur et rouge qui se recouvrait facilement de nouvelles croûtes, arrachées volontairement par le malade et se reproduisant avec une très grande rapidité. Cet état a duré cinq ou six mois. Au bout de cette époque, le malade a remarqué un bouton rouge, dur, gros comme une tête d'épingle et siégeant à la partie supérieure du bord libre de l'aile du nez, du même côté gauche, tout près de la cloison du nez. Au bout de quelques jours, ce bouton ou cette plaque commençait à se couvrir de croûtes analogues à celles que nous avons décrites à la surface interne de l'aile du nez et que le malade arrachait souvent sans aucune douleur. Cette plaque saillante s'élargissait peu à peu en bas, en suivant le bord libre de l'aile du nez et en se rapprochant du sillon naso-labial. En haut, c'est-à-dire du côté du lobule du nez, cette plaque reste pour ainsi dire immobile et ne présente aucune tendance à la propagation. Les croûtes se forment sur toute la surface malade : elles s'arrachent et se reproduisent facilement. Comme traitement, il a employé une très grande quantité de topiques différents, qui lui étaient recommandés par les bonnes femmes ou les connaisseurs de village. Mais son mal grandissait toujours.

Un an après le commencement de sa maladie, il était entré à l'hôpital de Laval, où l'on a traité son lupus avec une pommade à l'iodure de mercure. Sous l'influence de ce traitement et de quelques cautérisations au fer rouge, l'amélioration était tellement grande que le malade, se croyant complètement guéri, a quitté l'hôpital. Chez lui, il a continué à appliquer la pommade à l'iodure de mercure sur les parties malades ; mais malgré cette précaution, au bout de quelques semaines, son lupus reparut de nouveau. Des végétations rouges indurées, avec des croûtes brunâtres, apparaissaient au même niveau où elles existaient auparavant.

Deux ans après le commencement de sa maladie, il s'aperçut que l'aile du nez du côté malade commençait à se raccourcir, à se ronger peu à peu, que la lésion se propageait sur la surface interne de l'aile du nez, que les exubérances et les croûtes se faisaient assez rapidement dans la narine malade et que le passage de l'air à travers cette narine

devenait de plus en plus difficile. L'expiration se faisait plus ou moins bien, mais l'inspiration était presque impossible.

Dans la troisième année de sa maladie, le lupus se propagea vers le canal nasal et produisit le rétrécissement ou l'oblitération de ce canal, se manifestant par un épiphora très opiniâtre. A la même époque, le lupus envahit aussi le bord libre de la sous-cloison du nez, en empiétant surtout sur le côté gauche qui correspond à l'aile du nez malade. Les parties atteintes sont très saillantes, végétantes et recouvertes de croûtes foncées. Pendant tout ce temps, il a employé la même pommade à l'iodure de mercure.

Il est entré à l'hôpital Saint-Louis, le 19 février 1881 et il fut scarifié la première fois le 26 février. Dans la première séance, M. Vidal a scarifié toute la surface malade, c'est-à-dire les bords libres de l'aile gauche du nez, de la cloison du nez et la muqueuse nasale ou membrane de Schneider jusqu'à une certaine hauteur. La première scarification était très douloureuse et très sanglante ; mais au bout de deux ou trois séances, les opérations sont devenues plus supportables. Dans les intervalles des scarifications, le malade emploie la poudre d'iodoforme, qu'il met sur les parties opérées une fois par jour. En même temps il se soumet à la pulvérisation, pratiquée avec l'eau froide, deux fois par jour, le matin et le soir. La pulvérisation produit un adoucissement considérable très recherché par les malades. Quelques jours après la première scarification, le nez du malade se trouve dans un état beaucoup plus satisfaisant, qu'il ne l'avait jamais été auparavant, par suite de l'emploi des pommades que le malade avait fait pendant plusieurs années. Le bord libre de l'aile du nez du côté gauche qui était considérablement gonflé, épaissi, présentant une espèce de bourrelet exubérant, aussitôt après les premières scarifications, a diminué notablement de volume, s'est aminci d'une manière bien visible et les croûtes ne se reproduisent plus aussi facilement qu'elles se produisaient avant les scarifications.

Le malade est soumis aux scarifications tous les huit jours. Les scarifications sont quadrillées sur le bord de l'aile du nez aussi bien que sur la muqueuse des narines. Dans les intervalles des opérations,

il emploie toujours la poudre d'iodoforme et la pulvérisation à l'eau froide. A la troisième et à la quatrième scarification, les douleurs aussi bien que l'hémorrhagie ont diminué notablement : amélioration de plus en plus grande. A la sixième, M. Vidal a commencé à employer la curette, qu'il introduit profondément dans la fosse nasale gauche et gratte la muqueuse de cette cavité, surtout la muqueuse tapissant la paroi externe du nez.

A la fin du mois de mars, à cause de la propagation du mal dans le canal nasal, il se forma une tumeur lacrymale, dacryo-cystite du côté gauche, caractérisée par un gonflement considérable de la région malade, une rougeur et un œdème des paupières tellement prononcé, que, pendant quelques jours, le malade ne pouvait pas ouvrir l'œil correspondant. En même temps, la sensation douloureuse, sensation de cuisson dans les parties malades, la photophobie, l'épiphora augmentaient de plus en plus. A cause de cette complication particulière, le malade ne fut pas scarifié pendant quinze jours. A cette époque, il s'adressa à M. Le Dentu qui lui pratiqua une petite incision de la tumeur : celle-ci donna lieu à un écoulement considérable du pus. Ensuite on introduisit une mèche dans la cavité ouverte et on appliqua les cataplasmes émollients sur la tumeur. Au bout de quelques jours, la plaie se ferma ; la rougeur, le gonflement et l'épiphora disparurent.

Vers le 10 avril, M. Vidal a recommencé de nouveau les scarifications linéaires, quadrillées de toute la surface malade, aussi bien que le râclage de la muqueuse malade, au moyen de la curette dont il avait fait usage auparavant.

Ces scarifications des parties externes et le râclage de la muqueuse interne se répètent régulièrement tous les huit jours à la grande consolation du malade ; car selon son expression, chaque scarification amène une amélioration visible et le conduit vers la guérison certaine à laquelle il aspire depuis si longtemps. Dans les intervalles des opérations, il emploie toujours la poudre d'iodoforme et la pulvérisation. Comme traitement interne, il prend habituellement de l'huile de foie de morue et du sirop d'iodure de fer.

Au mois de mai, l'amélioration était tellement grande qu'elle put passer pour une guérison. Au mois de juin, l'aile du nez du côté gauche et la sous-cloison étaient couvertes par une cicatrice blanche, souple, mince, qui ne différait pas beaucoup de la peau normale. La narine malade était devenue tout-à-fait perméable à l'air atmosphérique. L'échancrure de l'aile du nez, consécutive à la perte de substance, était tout à fait insignifiante et peu visible. C'est dans cet état qu'il a quitté le service de M. Vidal.

OBSERVATION XXIII

Empruntée au musée de l'hôpital Saint-Louis, et concernant une malade atteinte de *lupus tuberculeux-ulcéreux* de la bordure des narines.

Lupus rongeur en surface et végétant. Exulcérant. (Service de M. Besnier). La pièce moulée avant le traitement se trouve au n° 577 dans la section du *lupus*.

La malade âgée de vingt-six ans et de constitution moyenne présentait sur les bords des ailes du nez et le lobule de cet organe une exubérance ou une végétation lupique très-prononcée, très-saillante et recouverte par des croûtes épaisses, dures, sèches, d'une coloration d'un brun verdâtre. Ces croûtes d'une épaisseur et d'une largeur très-considérable formaient une espèce de carapace qui enchassait les bords exulcérants des ailes du nez et de son lobule et qui produisait une difformité très-hideuse. Cette malade était soumise au traitement chirurgical du *lupus*, comme le râclage énergique, suivi des scarifications linéaires et d'application immédiate de solution alcoolique de perchlorure de fer. Sous l'influence de ce traitement les croûtes sont tombées ; le tissu néoplasique, exubérant et végétant, a disparu complètement et a été remplacé par des cicatrices lisses, blanches, souples, qui ne diffèrent presque en rien de la peau normale. L'aspect de la malade est presque tout-à-fait le même qu'il était avant sa maladie. Les ailes du nez présentent des échancrures très-superficielles et le lobule est un peu plus pointu qu'à l'état normal. La pièce reproduite après la guérison

du lupus se trouve au n° 595 à côté de la pièce précédente faite avant le traitement n° 577.

OBSERVATION XXIV (personnelle).

Lupus vorax.

Salle Saint-Jean : service de M. Vidal n° 70.

Malvina B..., âgée de 22 ans, tisseuse. Constitution forte. Ses parents sont bien portants et n'ont eu aucune maladie cutanée chronique.

En fait d'affection strumeuse, elle a eu dans son enfance une adénite cervicale qui, commençant à l'âge de quatre ans se prolongea jusqu'à dix douze ans. A l'âge de quinze ans, elle a eu une otite chronique qui dura quelques années et fut accompagnée d'un écoulement de l'oreille et d'une surdité qui a persisté jusqu'à aujourd'hui, du côté malade. Aucune autre manifestation strumeuse. Dans son enfance elle fut toujours forte et d'une santé générale satisfaisante. Elle n'a jamais eu aucune maladie grave. Ses règles sont venues à l'âge de dix-neuf ans et depuis cet époque elle est toujours bien menstruée. Pas d'enfants, ni de fausses couches. Jamais de syphilis.

Son *lupus vorax* a débuté à l'âge de dix-sept ans par un petit bouton rouge, large comme une pièce de vingt centimes et siégeant sur la joue droite. Cette lésion lupique resta dans le même état pendant une année. On a essayé de la cautériser avec le nitrate d'argent et de la traiter avec quelques pommades irritantes. Je n'ai pas besoin de dire que ces tentatives n'ont conduit à aucun résultat satisfaisant. Au bout d'une année on a appliqué sur les parties malades une poudre caustique, sous l'influence de l'action de laquelle le *lupus* a disparu, en laissant une cicatrice allongée, rougeâtre, qui persiste encore aujourd'hui. Une année après la guérison du premier bouton, il se forma une petite plaque de *lupus*, grosse comme une lentille, à l'extrémité du lobule du nez. Pendant trois ans, cette plaque n'a pas augmenté de volume, mais sa surface se couvrait de petites croûtes, qui tombaient et réap-

paraissaient de nouveau avec une facilité très grande. Ensuite, la lésion commença à s'élargir des deux côtés suivant les bords des ailes du nez. Du côté droit elle se propagea jusqu'au bord libre de la lèvre supérieure. Cette lésion se couvrait de croûtes aussi facilement que la lésion primitive. Pour faciliter la chute des croûtes, la malade employait quelques pommades simples, sans recourir à aucun traitement externe ou interne plus ou moins sérieux.

En même temps le lupus se propagea en dedans sur la muqueuse des fosses nasales et provoquant un rétrécissement de ces cavités, donna lieu à une gêne de la respiration tellement prononcée, que la malade était obligée de garder continuellement, jour et nuit, la bouche ouverte. Un peu plus tard, elle a remarqué aussi que les ailes du nez des deux côtés se raccourcissaient et qu'au niveau des bords libres de ces ailes, il se formait de petites échancrures. Le lupus envahit aussi la paupière inférieure de l'œil droit, la conjonctive correspondante et une partie de la cornée, de telle sorte que la malade a eu pendant quelque temps la vue complètement troublée.

En 1879, au mois de février, elle était entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Jean, et fut immédiatement soumise aux scarifications linéaires répétées une fois par semaine. Ces scarifications étaient pratiquées au moyen du scarificateur de M. Vidal et étaient toujours quadrillées. Au commencement, l'écoulement du sang était très abondant; mais, au bout de quelques opérations, l'hémorrhagie est devenue tout à fait insignifiante. Dans les intervalles des scarifications, la malade employait les cataplasmes émollients de fécules de pommes de terre et les pulvérisations avec l'eau froide. Lorsque l'inflammation devenait par trop prononcée, elle appliquait sur les parties malades l'emplâtre rouge (cinabre et minium). A l'intérieur, elle prenait toujours le sirop iodo-tannique. Au bout de trois ou quatre scarifications, l'amélioration était déjà assez évidente. La muqueuse nasale était scarifiée plusieurs fois, et de ce côté, la malade éprouvait un soulagement notable : car le passage de l'air à travers les fosses nasales était devenu beaucoup plus facile. Au bout de six mois de ce traitement, il y avait une amélioration très grande, mais la guérison n'était pas tout

à fait complète. Malgré cela, la malade n'a pas voulu rester à l'hôpital, et profitant de l'absence de M. Vidal, qui était en vacances, elle était sortie de son service. Pendant trois mois, elle ne fut donc pas scarifiée. Au mois d'octobre, elle rentra de nouveau à l'hôpital et fut soumise à des scarifications linéaires, dont elle avait grandement besoin, car les ailes du nez étaient encore couvertes par la néoplasie lupique. M. Vidal l'a scarifiée très régulièrement une fois par semaine, en portant son instrument sur la surface cutanée aussi bien que sur la muqueuse nasale malade. En dehors des scarifications, elle employait habituellement la pulvérisation et l'emplâtre rouge.

Au mois de mars, elle était opérée de son ectropion de la paupière inférieure, produit par la rétraction de la cicatrice du lupus cautérisé. Après l'opération M. Le Dentu lui a fermé les paupières pour un an. Pendant tout ce temps là, elle resta chez elle sans scarifications. Au mois d'avril 1881, elle revint à l'hôpital Saint-Louis, M. Le Dentu lui ouvrit son œil. Le lupus présente à peu près le même aspect qu'il avait un an auparavant. Les bords libres des ailes du nez sont toujours malades. M. Vidal a recommencé les scarifications quadrillées qu'il continue régulièrement tous les huit jours. L'amélioration est très grande, mais les bords des ailes du nez aussi bien que la muqueuse ne sont pas encore complètement guéris. La respiration se fait très bien par les deux narines. Le lupus de la conjonctive et de la cornée a complètement disparu sous l'influence de scarifications.

Mai et juin. — La malade peut être considérée comme complètement guérie et les scarifications que M. Vidal pratique maintenant, sont plutôt des scarifications préventives, ayant pour but d'empêcher le développement de néoplasie lupique.

M. Baretta a fait le moulage de cette malade deux fois, la première fois avant le traitement et la seconde fois lorsque l'amélioration du lupus était assez considérable. Au mois de juillet elle a quitté l'hôpital.

OBSERVATION XXV (personnelle).

Lupus vorax.

Salle Saint Jean. Service de M. Vidal n° 36. Théophile X..., âgé de 27 ans; bitumier. Son père est mort à l'âge de 53 ans d'une affection cardiaque. La mère est d'une constitution forte : mais elle est goutteuse. Ni l'un ni l'autre n'ont eu d'affection cutanée.

Dans son enfance, il a présenté plusieurs manifestations de gourme : impétigo ou eczéma impétigineux du cuir chevelu ; des ophtalmies avec quelques troubles de la vision. De 12 à 20 ans il a été sujet à quelques affections des oreilles, caractérisées par des douleurs très vives de bourdonnement, mais sans aucun écoulement du conduit auditif externe. A l'âge de 18 ans, il est devenu sourd. Cette surdité existe des deux côtés, mais d'une manière inégale. Du côté droit, il entend beaucoup mieux que du côté gauche. La surdité a persisté jusqu'à aujourd'hui, mais les douleurs ont cessé depuis quelques années. Depuis quelque temps, il lui survient des furoncles sur la peau et quelques boutons d'acné. Pas de syphilis ; pas de blennorrhagie. Un peu d'alcoolisme. Sous l'influence de ce dernier état, aussi bien qu'à cause de la surdité, son intelligence laisse beaucoup à désirer, et l'examen de ce malade est très pénible.

Son lupus vorax a débuté, il y a quelques années, par une plaque rouge se couvrant facilement de croûtes et siégeant au bord libre de l'aile droite du nez. Cette lésion remonta, peu à peu, en haut, vers le lobule du nez et ensuite, descendant du côté opposé, elle envahit le bord libre de l'aide du nez du côté gauche. Les parties malades se recouvrent facilement de croûtes brun-verdâtres. Le malade a remarqué depuis plusieurs mois, que les ailes du nez commencent à se détruire et que les bords libres de ces ailes présentent des échancrures bien visibles.

Au commencement du mois de mai, M. Vidal a scarifié ce malade

pour la première fois et depuis ce temps-là, il le scarifia une fois par semaine en pratiquant toujours les incisions linéaires et quadrillées. Au bout de quelques séances, l'amélioration était déjà assez prononcée, et à la fin du mois de juin, la cicatrisation des bords des ailes du nez est tellement avancée que l'on peut espérer que dans quelques semaines, le malade sera complètement guéri.

Mois de juillet. Guérison complète.

OBSERVATION XXVI

Lupus vorax. — Empruntée à la thèse de M. Lelongt (1877).

Justine B..., 15 ans 1/2, entrée le 30 novembre 1877, salle Saint-Jean, n° 74.

Cette malade a eu dans son enfance des manifestations scrofuleuses aux yeux et aux oreilles ; il survint plus tard un abcès de la région sus-hyodienne qui ne s'est fermé que l'année dernière. C'est au commencement de cette année qu'apparurent sur l'aile droite et le lobule du nez deux petites pustules sur lesquelles elle appliqua, sans succès, différentes pommades. Lorsque la malade entre à l'hôpital, l'aile du nez, depuis la moitié de sa hauteur jusqu'au bord inférieur, est recouverte d'une croûte jaunâtre, épaisse : seul, le lobule n'est point ulcéré. Pendant plus d'un mois, la malade est mise au vin de gentiane, au sirop d'iodure de fer, à l'huile de foie de morue, aux bains de mer, à l'hydrofère, aux pulvérisations chaque matin et à la poudre d'iodoforme sur le lupus ulcéré. Loin de s'améliorer, ce lupus prend une marche envahissante et gagne la partie interne de l'aile du nez : c'est un lupus vorax.

Cinq scarifications sont faites (sans anesthésie à cause de la région) sur tous les points atteints à l'intérieur et à l'extérieur de la narine. Tous les points ont été attaqués à chaque séance, et on a appliqué de la pommade au précipité rouge dans l'intervalle des scarifications.

La malade sort le 28 mars. La narine qui était considérablement tuméfiée, est devenue semblable à l'autre ; le bord inférieur est con-

servé intact, sauf un point où la courbe présente une petite encoche de deux millimètres environ.

Cette jeune fille a été tenue en surveillance jusqu'au mois de juin et nous n'avons constaté aucune récurrence.

OBSERVATION XXVII

Lupus vorax du bras

Marie G..., 42 ans, couturière. Salle Saint-Jeau, n° 74. Cette femme a eu des gourmes dans son enfance, de la blépharite ; dès l'âge de 5 ans, on lui appliqua au bras gauche un vésicatoire qu'on fit sup-purer deux ans. Au mois de novembre dernier se montrèrent sous la cicatrice du vésicatoire de petits points jaune-rougeâtres et livides qui bientôt firent saillie à l'extérieur. En décembre se fait une poussée : les tubercules se rapprochent et recouvrent un espace qui n'a pas moins de 15 centimètres de longueur et 11 de large.

Au mois de janvier 1877, survient une poussée inflammatoire de toute cette surface, et lorsque la malade rentre à l'hôpital, cette partie du bras est couverte d'ulcération sur lesquelles reposent des croûtes jaunes : on dirait de la mélitagre. M. Vidal surseoit au diagnostic. Des cataplasmes calment les douleurs, apaisent cette inflammation, et on voit alors qu'on a affaire à un lupus enflammé. En trois semaines, se forme une cicatrice rouge vineuse, par places, décolorée, en quelques autres.

A la fin de février, la malade est scarifiée. Comme la plaque de lupus améliorée au centre par l'inflammation avait pris dans ces derniers temps de l'extension, M. Vidal scarifie d'abord la périphérie. La quatrième scarification était faite depuis quatre jours et il ne restait qu'une petite portion de la périphérie à scarifier le mercredi suivant, quand dans le courant de la semaine, au moment des règles, toute la surface du lupus s'enflamme à nouveau, donne de la fièvre et devient très-douloureuse. Cette seconde poussée inflammatoire détermine, comme la première, une destruction presque totale, cette fois de la néoplasie

lupique, dans les points non scarifiés ; la portion de la périphérie déjà scarifiée n'est point atteinte par l'inflammation, tandis que l'autre portion s'enflamme comme le centre.

Application de cataplasmes de fécule, lotion de camomille ; puis, la période aiguë passée, application d'emplâtre rouge et lotions d'eau de feuille de noyer. La cicatrice se fait attendre un mois, mais le centre est presque totalement guéri : il ne reste que quelques points du centre à toucher par la scarification punctiforme et à perfectionner la périphérie.

OBSERVATION XXVIII.

Lupus tuberculeux (Vorax) traité par les scarifications et l'emplâtre de Vigo.

Observation tirée de la thèse de M. le Dr Andreux « du traitement mécanique et chirurgical dans les affections cutanées. » (Nancy).

Pauline Z..., 40 ans, née à Plombières (Vosges) entrée le 20 mars 1875, salle Saint-Christophe n° 2, hôpital de la Maison de secours, service de M. le professeur agrégé Spillsman.

La malade dit qu'elle n'a marché qu'à 5 ans et qu'elle souffrait continuellement dans tous les membres ; ses parents auraient été atteints de syphilis (?) Régée à 19 ans, pour la première fois, elle vit ses règles cesser à 27 ans. A l'âge de 13 ans, la malade dit avoir eu des espèces de loupes au cou et sur le nez ; ces loupes ne tardèrent pas à percer et à se couvrir d'une croûte dure que la malade arrachait continuellement. Sous cette croûte se trouvait une véritable ulcération laissant suinter un liquide sero-purulent ; sous l'influence de cette irritation continuelle, les ulcérations gagnèrent en étendue, le nez commença à se détruire, ainsi que la cloison médiane à se couvrir peu à peu de croûtes ; la malade subit alors un traitement à l'huile de foie de morue et on lui fit des frictions sur tout le corps, avec du vin de quinquina. En 1875, elle vint à l'hôpital où on la soumit à un traitement mercuriel interne, pendant qu'on cautérisait le lupus avec du nitrate acide de mercure. Les croûtes tombèrent, mais les ulcérations mirent

un temps fort long à se guérir, de plus le traitement était excessivement douloureux pour la malade.

État actuel. — Les deux joues, le nez et la lèvre supérieure sont couverts, dans toute leur étendue, d'une éruption tuberculeuse : ces tubercules sont rouges, légèrement aplatis, recouverts, dans certains points, de petites squames : au-dessous de ces tubercules, le derme semble avoir subi une véritable hypertrophie dont on se rend bien compte en saisissant le tissu infiltré entre les doigts ; on éprouve alors la sensation d'une véritable induration.

On commença, au mois de mars dernier, l'emploi de l'acide pyrogallique mélangé à de la vaséline (acide pyrogallique 1 gr. vaséline 20 grammes) ; l'application de ce caustique produisit une irritation assez vive des parties malades, mais sans aucun résultat.

Au mois d'avril, on commença les scarifications sur la joue droite ; ces scarifications étaient très douloureuses, la malade étant du reste très pusillanime. Après neuf scarifications, faites chacune à huit jours d'intervalles, avec le scarificateur de M. Vidal, le tissu morbide était remplacé par une cicatrice blanchâtre et nacrée. Dans l'intervalle des scarifications, les parties opérées étaient continuellement recouvertes d'emplâtre de Vigo.

Depuis, le même procédé a été appliqué à la lèvre supérieure, au nez et à la joue gauche, cinq scarifications ont déjà été pratiquées et sauf quelques tubercules dont la destruction n'est pas encore complète, la guérison peut être considérée comme presque terminée.

Pendant toute la durée de ce traitement local, la malade a pris de l'iodure de fer et du quinquina.

OBSERVATION XXIX

Lupus exubérant (vorax) traité par les scarifications
et l'emplâtre de Vigo.

Joséphine P..., née à Rechicourt-la-Petite, (Meurthe) âgée de 49 ans. Entrée à l'hôpital de la Maison de secours le 24 mars 1858,

Salle Notre-Dame n° 6, service de M. le professeur agrégé Spillman. La malade dit que ses parents se portèrent toujours bien ; à l'heure qu'il est son père vit encore ; sa mère mourut à l'âge de 59 ans des suites d'une fluxion de poitrine.

A douze ans elle a eu la fièvre typhoïde, à 16 ans des accès de fièvre intermittente, pendant trois mois. A 18 ans, elle commença à avoir mal à la figure, son affection débuta par un bouton rouge qui augmenta petit à petit, perça et se recouvrit d'une croûte. Bientôt le nez fut pris et l'on vit apparaître des boutons analogues aux premiers ; ils se développèrent sur les côtés des joues et la face se trouva envahie toute entière. En 1858 elle vint à la Maison de Secours où elle resta 25 mois, elle suivit un traitement mercuriel, prit des pilules de protoiodure (0,10 à 0,15 centigr.) on lui fit des badigeonnages avec de la teinture d'iode. Sous l'influence de ce traitement, l'affection eût l'air de céder, mais quelques temps après, de nouvelles poussées s'étant manifestées, la malade dû rentrer de nouveau à l'hôpital, elle reprit le traitement mercuriel et les badigeonnages ; enfin en 1870, la malade eut des abcès multiples, sur diverses régions du corps et en a même encore un, à l'heure qu'il est, à la région lombaire. Elle sortit de l'hôpital en 1878, mais 5 mois après elle dut y rentrer, le lupus ayant fait des progrès considérables ; c'est alors que commença la destruction du nez ; la formation de croûtes épaisses et dures sur les joues, on cautérisa, sans aucun succès, le lupus avec de l'acide phénique et du nitrate acide de mercure.

État actuel. 1^{er} avril 1880. — La partie inférieure du nez est presque complètement détruite ; de chaque côté, on aperçoit des croûtes grisâtres entourées d'une auréole rouge ; sur la joue gauche, se trouvent trois îlots, dont le supérieur, situé au niveau du nez, présente un diamètre de 0,04 à 0,05 centimètres ; au-dessous de lui, se trouve un plus petit, couvert également d'une croûte grise, épaisse et dure ; un peu plus loin, au niveau de l'oreille, se trouve un troisième tubercule analogue au précédent. Du côté droit, la joue est couverte de tubercules disséminés, formant une plaque de 4 centimètres d'étendue.

On commença les scarifications le 10 avril 1880, en attaquant le côté droit de la face, au bout de huit scarifications suivies chacune d'une application d'emplâtre de Vigo, la joue se couvrit d'une cicatrice blanche, nacrée, régulière faisant espérer qu'on n'aurait plus à craindre de récidive ; le nez et la joue gauche furent scarifiés cinq fois, la cicatrisation est à peu près complète ; il ne reste plus qu'à retoucher quelques points isolés.

La malade a accusé fort peu de douleur, surtout pendant les premières scarifications ; aucune anesthésie n'a été pratiquée.

Les scarifications faites sur le nez étaient excessivement douloureuses. L'hémorrhagie qui suivait l'opération était peu intense et fut arrêtée, chaque fois, au moyen de l'ouate comprimée. L'emplâtre de Vigo était appliquée le lendemain et on en continuait l'emploi jusqu'à la scarification suivante en la renouvelant tous les jours.

Actuellement sous l'influence de ce traitement externe, auquel on a joint un traitement interne (sirop de protoiodure de fer, deux cuillerées à bouche par jour), le lupus de cette malade est en voie de guérison.

Le nez détruit presque complètement avant que nous n'ayons entrepris le traitement par les scarifications, présente encore quelques petits tubercules rougeâtres, qu'une prochaine scarification ne tardera pas à faire disparaître, les joues offrent un aspect satisfaisant, et somme toute, nous pouvons considérer la malade comme guérie.

OBSERVATION XXX (personnelle).

Lupus ulcéreux et rongéant de la face et du nez.

Salle Saint-Thomas, n° 9. Service de M. Besnier.

M^{lle} N..., 18 ans, constitution moyenne mais d'un aspect lymphatique, strumeux. Elle n'a aucune profession et avait l'habitude de demeurer chez ses parents quand elle n'était pas à l'hôpital. Personne dans sa famille n'a jamais eu d'affection pareille. Dans ses antécédents personnels, elle ne se rappelle aucune autre manifestation strumeuse,

que l'adénite cervicale très-intense et tenace, qui donnait lieu à la formation des abcès et des ulcères consécutifs, se répétant de temps en temps et laissant des cicatrices inégales, foncées, présentant quelques caractères de cicatrices scrofuleuses. Les règles sont venues à l'âge de 14 ans et depuis cette époque elle est toujours bien menstruée.

Selon le récit de la malade, son lupus était précédé par quelques tuméfactions, quelques gonflements circonscrits siégeant aux parties postérieures des deux joues, immédiatement, en avant des oreilles.

Plus tard ces tumeurs se ramollissaient, se transformaient en abcès qui s'ouvrant à l'extérieur, donnaient lieu à la formation des ulcères, s'élargissant facilement et présentant des solutions de continuité bien étendues, suppurantes et sans aucune tendance à la guérison. Ensuite, les lésions des deux côtés se dirigeaient en avant et en dedans, en se rapprochant de la ligne médiane et envahissant de cette manière la plus grande partie des deux joues. Elle employait comme traitement général le sirop d'iodure de fer, le sirop antiscorbutique, l'huile de foie de morue, les bains sulfureux, mais elle ne se servait d'aucun topique plus ou moins énergique, comme traitement local, dans les premières années de la maladie.

A l'âge de douze ans, c'est-à-dire en 1875, son lupus a envahi les ailes et le lobule du nez. C'est à cette époque qu'elle est entrée dans le service de M. Besnier, où elle fut soumise au traitement par le chlorure de zinc caustique, sous l'influence duquel la marche destructive de la lésion s'est arrêtée et il se formait des cicatrices bien régulières, lisses, blanches, de telle sorte que la malade se considéra comme complètement guérie. A l'âge de treize ans, elle fut envoyée aux bains de mer à Bergues, où elle resta pendant six mois ; là son lupus reparut de nouveau.

Cette fois la lésion attaqua le nez au commencement et ensuite elle se propagea à la lèvre supérieure et aux parties correspondantes des deux joues. Le lobule et les bords des ailes du nez se sont gonflés, épaissis, présentant une exubérance considérable et se couvrant de croûtes très facilement.

La malade s'adressa de nouveau à l'hôpital Saint-Louis et elle fut

soumise une seconde fois au traitement par les caustiques ; mais l'amélioration ne fut pas aussi efficace que la première fois.

A l'âge de 14 ans, on la soumit aux râclages et scarifications. Au commencement, M. Besnier n'employa que le râclage seul, plus tard le râclage suivi des scarifications ou encore les scarifications seules. Comme elle souffrait beaucoup, on était obligé de pratiquer l'anesthésie locale au moyen de l'éther pulvérisé avec l'appareil de Richardson.

Au début de ce traitement chirurgical, il y eut quelque amélioration, mais ensuite la lésion prit un caractère stationnaire et ne présenta pas beaucoup de tendance vers la guérison. On cessa les opérations pendant plusieurs mois ; depuis quelques semaines, seulement, on a recommencé de nouveau les scarifications et maintenant l'amélioration paraît être bien visible. On voit apparaître des îlots cicatriciels, les bords du nez deviennent plus lisses, minces, mais les échancrures des deux ailes du nez sont assez prononcées et le nez paraît beaucoup plus court qu'à l'état normal.

OBSERVATION XXXI

Scrofulide pharyngo-laryngée traitée par scarifications, grattages et application de poudre d'iodoforme. — Tirée de la thèse du Dr. Isabel, 1880.

La malade était traitée par le Docteur Poyet, dans sa clinique particulière des maladies du larynx et du nez. Je donne la description de cette malade, faite par M. Poyet lui-même.

Le 8 septembre 1878, Mme V..., âgée de 32 ans, vient me consulter à mon cabinet pour une aphonie qui remonte déjà à huit mois.

Depuis trois mois, à son aphonie qui est complète, est venue se joindre une dysphagie qui va en augmentant chaque jour si bien qu'à la date où je vois la malade pour la première fois, elle est dans un état de faiblesse et d'émaciation poussé à son extrême limite.

Le début de la maladie remonte à deux ans et demie environ. A cette époque, il survint sans cause apparente une ulcération et un épaississement du pilier antérieur droit du voile du palais. Cette ul-

cération, grande comme une lentille, nous dit la malade, fit, petit à petit, des progrès tels, que bientôt tout le pilier fut envahi. Ayant alors consulté un médecin spécialiste, bien qu'elle n'accusât aucun antécédent spécifique, elle fut soumise à un traitement mercuriel et ioduré. En même temps, on fit, sur la surface de l'ulcération, des cautérisations tous les deux jours avec le nitrate d'argent. L'ulcération continua à progresser et bientôt la voix elle-même commença à s'altérer. La malade nous dit qu'à cette époque son médecin constata que l'épiglotte était très tuméfiée et la corde vocale inférieure droite rouge et boursoufflée; à différentes reprises, elle abandonna le traitement et s'y remit, mais sans jamais en retirer aucun soulagement.

Etat actuel. — Quand je vois la malade pour la première fois, voici ce que je constate : tout le pilier antérieur droit est tuméfié et ulcéré. L'amygdale du même côté est presque entièrement détruite. Le pilier postérieur est ulcéré ainsi que la paroi postérieure du pharynx. Ulcération du bord du voile du palais, du côté droit; à la base de la luette, autre ulcération du côté gauche, ayant presque détaché l'appendice. Ces ulcérations présentent un caractère particulier. Elles sont blafardes, violacées, parsemées de petites éminences plus rouges qui leur donnent l'aspect d'une plaie bourgeonnante en voie de réparation. Pour bien reconnaître ces particularités, il est nécessaire de passer sur les surfaces un pinceau imbibé d'eau, pour en détacher le mucus et le pus qui modifient singulièrement cet aspect.

L'ulcération du pilier antérieur du voile du palais se prolonge en bas sur la base de la langue, et sur toute l'épiglotte qui est en partie détruite, et qui présente des ulcérations de même nature et de même aspect. L'ulcération a envahi aussi le repli aryépiglottique droit qui est œdématié, mais non détruit. C'est cette ulcération qui est la cause probable de la douleur ressentie pendant la déglutition.

Les deux cordes vocales supérieures sont simplement œdématiées; les inférieures sont très rouges et très tuméfiées. L'œdème interaryténoïdien empêche le contact de leurs bords libres, ce qui est la cause de l'aphonie.

Toutes les parties en voie de destruction présentent ce caractère

particulier que, tout en étant en partie détruites, elles ont l'air d'être plus volumineuses qu'à l'état normal. Cela tient à l'infiltration plastique.

Je diagnostiquai une scrofulide pharyngo-laryngée ou lupus. Je commençai, pendant quelques jours, à faire, sur les ulcérations des, cautérisations avec la teinture d'iode pure. Dans le larynx, je fis des applications de poudre très fine d'iodoforme.

En dix jours de temps, les douleurs, pendant la déglutition, disparurent complètement, et les ulcérations buccales furent en voie de réparation.

Je montre la malade, le 2 décembre, à M. le professeur Fournier qui confirme en tous points mon diagnostic et qui me conseille, avant de faire ces applications de poudre d'iodoforme, de faire des scarifications et des grattages sur les ulcérations mêmes, ce que je faisais d'ailleurs depuis quelque temps.

Je continue le même traitement.

Le 28 décembre. — Les ulcérations buccales sont complètement cicatrisées, le larynx est complètement décongestionné, il ne reste plus que l'ulcération inter-aryténoïdienne.

La voix est revenue. Les douleurs de la déglutition ne se sont pas reproduites.

Au mois de février, la guérison est complète. La malade continue à prendre un peu d'iodure de potassium et de l'huile de foie de morue à haute dose, traitement général que j'avais institué dès le début.

Les faits intéressants de cette observation sont, d'abord, la tuméfaction générale de l'organe phonateur, mais surtout sa persistance, en présence d'un travail de désorganisation qui détruit les parties laryngées.

Ensuite, c'est la modification rapide, l'amélioration évidente et la guérison complète des parties malades, sous l'influence du râclage et des scarifications pratiquées par le docteur Poyet.

En remerciant M. Poyet de la complaisance avec laquelle il nous a permis de profiter de son observation instructive, nous sommes bien aise de la placer parmi nos observations de différentes espèces de lupus, traitées par scarification, dans le nombre desquelles cette néoplasie de muqueuses, et surtout de muqueuses aussi profondes, ne figure pas fréquemment.

OBSERVATION XXXII

Lupus vorax.

X..., gardien de la paix, 42 ans; malade de ville, soigné à l'hôpital.

Cet homme a l'apparence de la santé la plus robuste, et en effet, il n'a jamais eu d'autre maladie que le lupus qu'il présente depuis cinq ans à l'oreille gauche. Celui-ci occupe les trois quarts inférieurs de l'oreille; le bord libre du pavillon, la paroi postérieure de la conque, le sillon mastoïdien, sont considérablement gonflés : car le lupus est tumidus. En bas, le lobule, atteint de lupus vorax, est ramolli et profondément excavé; en avant et au-dessus du lobule, existe du lupus tuberculeux simple.

Déjà, en 1875, ce malade a été soigné par M. Vidal, par le sel de Bontigny, puis par la teinture d'iode, et le lupus, alors tout entier tuberculeux, avait été bien amélioré.

La poussée actuelle remonte à deux mois.

A la première scarification, l'aiguille entre dans ce lupus comme dans du beurre; dans le lobule, en particulier, on enfonce toute la tige de l'aiguille, tant il est volumineux et ramolli. Les scarifications se succèdent : on arrive à faire tomber cette tuméfaction, à donner de la résistance à ces parties, et le lobule de l'oreille, lui-même si malade, est conservé. L'oreille a repris son volume presque normal et la coloration est la même que dans les parties avoisinantes, mais elle pâlera.

A chaque scarification du lobule, le sang a coulé assez abondamment pour qu'il fût nécessaire de se servir du perchlorure de fer.

Ce malade a déjà eu quinze scarifications : on ne s'est pas servi pour lui d'emplâtre rouge.

J'ai fini avec le *lupus vorax* et le *lupus* en général. J'ai donné plusieurs observations, dont quelques-unes sont très étendues, surtout celles du *lupus vorax*, dans le but de mieux exposer la gravité de cette maladie, sa marche destructive et les résultats vraiment surprenants du traitement de cette affection par les scarifications linéaires. Quoique ce procédé opératoire donne de bons résultats dans plusieurs affections cutanées, il faut reconnaître qu'il n'y a aucune maladie dans laquelle les scarifications soient aussi salutaires que dans le *lupus vorax*. En effet, nous avons, comme conséquence du traitement, une amélioration rapide et après la guérison, une cicatrice blanche, mince, peu difforme.

Finissant avec tout ce qui concerne le *lupus*, je vais indiquer quelques pièces du musée de l'hôpital Saint-Louis, représentant très bien les différentes formes de cette affection.

N° 258. — *Lupus érythémateux psoriasiforme* (service de M. Vidal).

N° 384. — *Lupus érythémateux*.

N° 576. — *Lupus tuberculo-ulcérant* (forme galopante). Lésions développées en moins d'une année. *Lupus* rongéant en surface, végétant. *Lupus* exubérant.

N° 645. — Le même que le n° 576. Guérison après le traitement par les scarifications linéaires (service de M. Besnier).

N° 343. — *Lupus tuberculo-ulcéreux* du nez et de la lèvre supérieure (Besnier).

N° 290. — *Lupus érythémato-tuberculeux* au-dessous de l'orbite

gauche (Besnier). La vascularisation excessive du lupus de cette région fait souvent supposer qu'il s'agit de tumeur érectile.

N° 168. — Lupus acnéique. Scrofulide cornée (Hillairet).

N° 321. — Lupus tuberculeux miliaire disséminé. Œdème hypertrophique. 1874 (Besnier).

N° 339. — Lupus érythémateux (Laillier).

N° 328. — Lupus des gencives (Laillier).

N° 376. — Esthiomène de la vulve. Volume considérable des petites lèvres.

N° 72. — Lupus ulcéro crustacé du nez, des deux joues et de la région sourcilière droite (Laillier).

N° 373. — Lupus acnéique du nez et de la joue gauche.

N° 684. — Lupus tuberculeux du nez, de la lèvre supérieure et des parties attenantes de la face. Il existe, en même temps, un lupus hypertrophique de toute la voûte palatine, ainsi que de l'appareil palato-pharyngien.

N° 613. — Scrofulide pustulo-crustacée. Impétigo radens.

Toutes ces pièces sont reproduites avec une perfection et une ressemblance tellement grandes qu'il serait difficile de les distinguer des parties malades, en les plaçant à côté de celles-ci et en ne se servant que de la vue, sans intervention du toucher. Du reste, toutes les pièces de ce musée, reproduites par M. Baretta, artiste mouleur de l'hôpital Saint-Louis, se distinguent par une imitation admirable de la nature et peuvent servir comme moyen très précieux d'instruction dermatologique, pour tous ceux qui s'adressent à l'hôpital Saint-Louis, dans le but d'y trouver une source féconde de renseignements dans cette branche de la médecine.

CHAPITRE VI

TACHES VINEUSES OU VASCULAIRES DE LA PEAU

Nous voulons donner la description la plus brève de cette affection, dans laquelle le traitement par les scarifications linéaires, employé depuis quelque temps, a donné des résultats assez avantageux.

Les taches vasculaires de la peau sont formées par des dilatations cylindriques de petits vaisseaux, de réseaux périphériques et par la formation de nouveaux vaisseaux cylindriques également. Les capillaires dilatés sont principalement ceux du second ordre, c'est-à-dire ceux qui ont des tuniques avec deux ordres de noyaux. Il y a souvent la dilatation des artérioles et des veinules aboutissantes, mais jamais cette dilatation n'est assez prononcée pour déterminer des battements perceptibles.

La coloration plus ou moins foncée des nævi vasculaires dépend de la plus ou moins grande quantité des vaisseaux de nouvelle formation. La tumeur vasculaire en se développant détruit et absorbe, en quelque sorte, les tissus environnants : « les nævi peuvent donc être considérés comme des néoplasmes destructifs. »

Les nævi, ordinairement, ne sont pas aussi superficiels qu'ils le semblent en apparence et la couche supérieure du derme, qui les couvre le plus souvent, présente les caractères de la peau normale conservant tous les éléments anatomi-

ques : bulbes pileux, glandes sébacées, glandes sudoripares, etc.

Le mode de développement des vaisseaux capillaires nouveaux est très discuté aujourd'hui : pour les uns (Cruveilhier, Freys, Billroth) les branches nouvelles s'établiraient, de toutes pièces, indépendamment des vaisseaux préexistants. Pour les autres (Lebert, Robin, Broca, Ranvier) les vaisseaux nouveaux dériveraient des anciens. Cette dernière manière de voir est plus généralement admise aujourd'hui.

Il se produit un espèce de bourgeonnement des anciens vaisseaux et la jonction des bourgeons entre eux.

Étiologie. — Les nævi vasculaires le plus souvent constituent une affection congénitale très rarement acquise. Cependant il n'y a aucune différence clinique et anatomique entre eux et il est souvent difficile de dire si la tumeur s'est développée avant ou après la naissance. Elles sont beaucoup plus fréquentes chez la femme que chez l'homme.

On ne peut formuler sur la cause des nævi que de simples hypothèses. Ils étaient attribués autrefois à une aberration du visus formations, produite par l'imagination des mères, et on les considérait comme des stigmates « d'envies de femme enceinte. »

Actuellement, aux hypothèses psychiques, ont fait place les hypothèses scientifiques, mais aucune explication vraiment sérieuse de ce phénomène n'a encore été donnée. On les attribue généralement à un excès ou à un arrêt de développement ; aux violences auxquelles la tête est soumise pendant l'accouchement ; enfin, s'il est vrai que les nævi ont sur les téguments une distribution en rapport intime

avec celle de certains nerfs, on sera tout porté à admettre, comme cause, une altération de ces nerfs ou des centres dont ils émanent. Cependant, toutes ces interprétations ne sont pas suffisantes pour expliquer la cause réelle et positive des nævi vasculaires.

Symptomatologie. — Les taches vineuses sont des plaques dont la coloration est extrêmement variable, mais qui rappelle toujours celle du liquide sanguin ; elles peuvent avoir toute la série de nuances qui s'étend du rose pâle au violet le plus foncé. La différence de la coloration ne dépend pas autant de la différence de la nature des naissances, veines ou artères, que de la quantité de vaisseaux de nouvelle formation, surtout dans les couches les plus superficielles du derme.

Le docteur Colson appuie cette opinion sur le changement qu'on observe dans les taches traitées par les scarifications ; ainsi les nævi bleus passent par des teintes progressivement moins foncées avant de disparaître. Il est donc plus naturel d'admettre que les scarifications, en favorisant l'oblitération d'un certain nombre de capillaires, ont pour but de diminuer l'apport du sang dans la tumeur, que de dire que des taches, d'abord veineuses, deviennent artérielles, puis s'effacent. Les nævi plats ne sont pas toujours d'une teinte uniforme ; il est fréquent de trouver sur la même plaque toute la gamme des nuances : rose, rouge, bleuâtre, violette ou gris-acier. La coloration des taches vasculaires change un peu sous l'influence de la température, sous l'influence des émotions, etc. Elles deviennent plus turgescents, plus colorées sous l'influence des efforts, des cris, des grands mouvements respiratoires, ou encore

pendant la grossesse, à l'époque des règles ; certains auteurs ajoutent même que chez quelques femmes, à cette époque, on a pu voir une exhalation sanguine à la surface de la tache érectique suppléer, en partie du moins, au flux menstruel (1).

Les taches vasculaires, ordinairement, ne sont pas saillantes, d'autres fois, elles sont légèrement surélevées ; leur surface, le plus souvent, est lisse et unie, quelquefois mamelonnée, avec de petites élevures de grosseurs variables. Les taches vineuses ne sont jamais animées de battement et elles ne se couvrent pas de poils follets, comme on le voit pour les nævi pigmentaires. La température des nævi est plus élevée que celle des parties environnantes ; cette élévation sensible à la palpation est plus manifeste, quand on se sert d'un appareil thermo-électrique. La coloration des taches se confond avec la couleur normale avoisinante. Les bords sont plus ou moins irréguliers, sinueux, et donnent à ces taches les formes les plus bizarres, ce que l'on considère vulgairement comme la reproduction de la cause qui les a fait naître pendant la vie intra-utérine. Leur étendue est très variable. Très fréquemment, elles envahissent les muqueuses des lèvres, des joues, des gencives, de la langue, des organes génitaux, etc. Les taches vineuses sont rarement multiples, le plus souvent elles sont uniques. Leur siège le plus habituel est à la face et principalement au pourtour des orifices naturels.

Il est une remarque qu'on ne trouve mentionnée dans aucun auteur, excepté dans Balmanno-Squire et dans la

1. Follin, *Traité de pathologie externe*, t. I, p. 210.

thèse du docteur Colson, à savoir que ces taches ne sont presque jamais symétriques, et qu'elles sont généralement unilatérales, et plus étendues d'un côté que de l'autre ; elles atteignent bien çà et là la ligne médiane, mais la dépassent rarement ; Balmanno-Squire ajoute : « Si l'on aimait à rapporter les phénomènes unilatéraux de toute espèce à une lésion quelconque du centre cérébro-spinal, on pourrait attribuer cette particularité à une lésion de ce genre. »

M. Vidal fut également frappé de ce fait, et son ancien interne, M. Colson, faisant des recherches sur la relation qui existe entre la distribution de ces taches et celle des filets nerveux, a constaté rapidement que si elles n'avaient pas dans leur distribution une régularité aussi rigoureuse que le zona, elles n'en avaient pas moins, avec les troncs nerveux, des rapports intimes.

Dans une de ses observations, M. Colson cite une femme qui a un *nœvus planus* occupant le côté gauche de la face, ayant son maximum de coloration au niveau des troncs des nerfs sus et sous-orbitaires, et s'étendant d'une part à la peau du front, du sourcil, de la paupière supérieure et de la racine du nez, occupant la zone cutanée innervée par les rameaux cutanés de la branche ophtalmique de Willis ; d'autre part, cette tache s'étend à la peau de l'aile du nez, de la lèvre supérieure et à la peau et la muqueuse de la joue, ne dépassant jamais la ligne médiane, et suivant, par conséquent, les ramifications terminales du nerf sous-orbitaire, branche du nerf maxillaire supérieur.

Dans les observations XXXIV et XXXV, la distribution est tout à fait analogue, et la tache n'atteint nulle part la ligne médiane.

Dans l'observation XXXVI, la tache limitée au menton a son maximum d'intensité au niveau du tronc sous-mentonnier, et s'étend à la sphère innervée, par le rameau cutané du dentaire inférieur, branche du nerf maxillaire inférieur.

Chez un enfant de treize ans, la tache occupait toute la moitié latérale gauche du corps, sans dépasser la ligne médiane et les deux côtés de la face ; à la face, les points les moins colorés étaient ceux qui se rapprochaient le plus de la ligne médiane.

Sur les muqueuses, on peut observer les mêmes faits ; chez les malades dont la muqueuse buccale et la muqueuse palatine sont envahies, jamais on ne voit la néoplasie dépasser la ligne médiane, excepté dans un cas où la luette seule était altérée en totalité. M. Colson a constaté plusieurs fois que les taches vineuses avaient une localisation en relation intime avec les branches de terminaison du trijumeau, nerf qui a sous sa dépendance presque exclusive la sensibilité de la face, tandis que jamais il n'a constaté de rapport entre les nævi et les nerfs exclusivement moteurs, tels que les nerfs de la septième paire, ni avec la distribution des vaisseaux sanguins.

Les observations et les recherches relatives à ces faits sont encore trop peu nombreuses, pour qu'on ait le droit de faire une conclusion positive. En tout cas, si ces troubles vasculaires sont sous la dépendance d'une lésion nerveuse centrale ou périphérique, ils ne s'accompagnent nullement de troubles de la sensibilité, qui est toujours normale sur toute la surface des angiômes.

Les nævi vasculaires peuvent persister pendant toute la

vie avec le même aspect qu'ils présentaient au moment de la naissance. D'autres fois, ils se modifient au point de vue de leur coloration, de leur étendue et de leur forme. Quelquefois, ils se transforment en tumeurs érectiles ; quelquefois encore, ils peuvent s'ulcérer, se gangréner ou, dans des cas très rares, se transformer en tumeurs de mauvaise nature.

Les *nævi materni* peuvent guérir spontanément. M. Depaul en cite des cas très nombreux. On considère comme cause de régression de *nævi materni*, l'inflammation et la formation de tissu conjonctif dans les parties périphériques de la lésion. Les ulcérations fréquentes et la formation des cicatrices consécutives peuvent être considérées, aussi, comme causes de la disparition des *nævi vasculaires*.

Diagnostic. — Le diagnostic du *nævi vasculaire* est très facile. On peut le distinguer aisément des *nævi pigmentaires*, du vitiligo, des *éphélides*, du *xanthelasma*, du *purpura* et des *ecchymoses*.

Pronostic. — Ce sont les *nævi plats*, en forme de taches, qui comportent le pronostic le plus favorable, car il ne subissent, habituellement, aucune modification ultérieure, tandis que les taches turgescentes tendent à grossir et à gagner en profondeur. Cependant, dans certains cas, il peuvent se transformer en *nævi caverneux* et ensuite s'ulcérer, se gangréner et dégénérer en tumeurs malignes.

Traitement. — On distingue quatre méthodes dans le traitement du *nævus* :

1° *Méthode palliative.* — Au moyen de tatouages, on peut donner une coloration moins choquante que celle présentée ordinairement par les *nævi vasculaires* ; mais il est très difficile de rendre aux taches vineuses la couleur tout à

fait normale. Le tatouage est donc un procédé infidèle, qui a pour but de faire naître une inflammation curative ;

2° *Enlever ou détruire directement le nævus.* — La cautérisation, au moyen de cautère actuel, de nitrate d'argent, d'acide nitrique fumant, la potasse caustique, le caustique de Vienne, le bichlorure de mercure ;

3° *Procédés capables d'atrophier le nævus.* — Ce procédé consiste à empêcher ou à diminuer l'arrivée du sang dans les tissus morbides. La compression, le refroidissement, les astringents, etc. tous ces moyens sont peu efficaces et rarement employés aujourd'hui ;

4° *Procédés capables de déterminer l'oblitération des petits vaisseaux. Méthode perturbatrice de Broca.* — Par ce moyen, on cherche à transformer la tache sanguine en un tissu inaccessible au sang.

On emploie les substances irritantes, agissant plus ou moins profondément, comme la teinture d'iode, le tartre stibié, qui, employé en pommades, a quelquefois donné des résultats favorables ; l'huile de croton tiglium employée en friction ; les vésicatoires dont on entretient la suppuration ; le perchlorure de fer appliqué directement sur la peau.

Les procédés endermiques consistent dans l'inoculation d'une substance capable de déterminer l'inflammation adhésive et, conséquemment, l'oblitération des vaisseaux.

Dans ce but, on a employé l'huile de croton tiglium et aujourd'hui, on emploie, principalement, le virus vaccinal, qui donne assez souvent des résultats relativement favorables.

Le mode d'inoculation peut varier, soit qu'on se serve d'une lancette ou d'une aiguille, comme pour les vaccina-

tions ordinaires, soit que, pour prévenir l'écoulement du sang, et par suite l'entraînement possible du virus, on enfonce plus profondément de fines aiguilles et qu'on les laisse quelques minutes en place avant de les retirer (Nélaton). Les piqûres doivent être multipliées et espacées d'un centimètre environ.

Ce procédé, excellent pour les nævi peu étendus, n'est plus applicable aux larges taches sanguines.

Quand elles sont tout à fait sans saillie, Broca applique le perchlorure de fer par la méthode endermique, c'est-à-dire en enlevant l'épiderme au moyen de l'ammoniaque et en promenant sur la surface dénudée un pinceau imbibé de perchlorure de fer à 20°. Cette application est très douloureuse ; elle donne lieu à la formation d'une croûte mince, qui se détache au bout de cinq ou six jours, sans que le derme ait été entamé.

Lorsque l'opération a bien réussi, la peau présente une teinte brunâtre qui disparaît habituellement en quelques semaines ou quelques mois.

Traitement des taches vineuses par les scarifications.

Les différents procédés du traitement des taches érectiles, malgré leur valeur relative, présentent ce grand inconvénient, c'est qu'on ne sait pas d'avance quels résultats ils donneront, c'est-à-dire quelle sera la profondeur de la cicatrice, et si elle ne donnera pas lieu à une difformité plus grande que la tache vineuse elle-même qu'elle est venue remplacer.

Le traitement par les scarifications, quoique imparfait,

réalise le double avantage de s'appliquer aux taches, même très étendues et de ne laisser après lui aucune cicatrice appréciable.

Indications et contre-indications. — La méthode par scarifications linéaires peut être appliquée à toutes les taches vineuses, quels que soient leur siège, leur étendue, leur coloration ; mais elle reste impuissante contre les nævi saillants et, surtout, contre les tumeurs érectiles.

Donc, la première condition que doit réaliser une tache vineuse est d'être plane, non saillante, non pulsatile. Les scarifications de plaques saillantes, exubérantes, couvertes de végétations, peuvent donner lieu à des hémorrhagies parfois difficiles à arrêter ; d'autre part, le but des scarifications linéaires, superficielles, étant de favoriser l'oblitération des petits vaisseaux, ne saurait être atteint lorsqu'il s'agit de vaisseaux fortement dilatés ou de tissu caverneux. Cependant, selon l'opinion du D^r Colson, qui a fait une thèse spéciale sur les taches vineuses et leur traitement par les scarifications, les petites végétations ou petites saillies siégeant sur la surface des taches vineuses ne doivent constituer aucune contre-indication à des scarifications.

Le mauvais état général des malades, faiblesse, anémie, chlorose, etc., doivent constituer aussi une contre-indication des scarifications.

Chez les enfants, les scarifications sont souvent difficiles à pratiquer à cause de leur indocilité ; d'autre part, les taches vineuses disparaissent quelquefois chez eux, sans aucun traitement, spontanément.

Le meilleur âge pour les scarifications est l'âge jeune et l'âge adulte.

Anesthésie. — On emploie les mêmes moyens anesthésiques que dans les scarifications des autres affections cutanées, c'est-à-dire l'éther pulvérisé au moyen de l'appareil de Richardson ou l'application prolongée de glace, employée seule ou mêlée à du sel de cuisine sur la partie à scarifier.

Ces moyens ont l'avantage, en diminuant la sensibilité de la peau, de faire contracter les vaisseaux et de diminuer l'écoulement de sang pendant l'opération, et par conséquent, d'éclaircir le champ opératoire, mais, comme nous l'avons fait remarquer dans le chapitre où nous avons traité des scarifications en général, souvent, après l'opération, les vaisseaux, contractés pendant quelque temps, subissent une dilatation exagérée, et il en résulte une hémorrhagie plus abondante, quoique jamais inquiétante.

Scarifications. — Nous n'avons pas besoin d'insister sur le procédé opératoire de cette méthode appliquée aux taches vineuses nous renvoyons le lecteur au chapitre où nous traitons des scarifications en général ; car les scarifications de taches vineuses peuvent être soumises plus ou moins aux mêmes règles, que les scarifications des autres affections cutanées — comme le sycosis, keloïde spontanée, couperose, etc. Les instruments, aussi, sont les mêmes, et quoique Balmanno-Squire insiste beaucoup sur la valeur de son scarificateur multiple, l'expérience journalière démontre que les autres scarificateurs et surtout le scarificateur de M. Vidal peuvent rendre un service beaucoup plus grand, plus pratique et plus applicable aux différents cas

de nævus, que le sacrificateur à seize lames, qui ne peut agir que sur des surfaces plus ou moins étendues.

M. Vidal opère les nævi de la manière suivante : après avoir fait l'anesthésie locale ou non, il fait tendre la peau, par un aide, au-dessus de la tache, par exemple ; il la tend lui-même, en sens opposé, à la partie inférieure, de façon à avoir une surface lisse, tendue, qui ne fuira pas sous le couteau. Cette tension de la peau entraîne, en même temps, une légère compression qui diminue l'hémorrhagie ; puis, prenant son scarificateur de la main droite, M. Vidal trace sur la tache sanguine une série d'incisions droites, parallèles, à un millimètre environ de distance les unes des autres, plus rapprochées si c'est possible, et profondes de un millimètre à un millimètre et demi ; puis, faisant tendre la peau, comme nous l'avons dit, dans un sens diamétralement opposé, il fait perpendiculairement aux premières incisions et de la même façon des incisions nouvelles. On a ainsi un quadrillage limitant de petits carrés de peau d'un millimètre carré.

Quand le nævus est peu étendu on peut le sacrifier en entier en une seule séance ; quand, au contraire, il occupe une surface plus considérable, ou tout un côté de la face, on n'en traite qu'une partie à la fois, afin de ne pas trop prolonger l'opération qui dure deux ou trois minutes, et surtout de ne pas amener de perte de sang trop abondante. A la séance suivante, on opère sur d'autres points ou on recommence la scarification sur les mêmes endroits, mais alors il est bon de donner aux incisions une direction différente de celle qu'elles ont eue précédemment, pour qu'au bout d'un certain temps, il ne reste plus un point de la peau

qui n'ait pas été sectionné. On peut répéter l'opération tous les cinq ou six jours.

Hémorrhagies. — Après les premières opérations, les hémorrhagies en nappe sont plus considérables qu'au bout d'un certain temps où plusieurs vaisseaux sont déjà oblitérés par des cicatrices, consécutives aux premières scarifications. La perte de sang à chaque opération peut être évaluée à 20 ou 30 grammes. Jamais les malades ne deviennent fortement anémiques, même après les opérations très nombreuses. Rarement, on observe le trouble menstruel chez les femmes soumises aux scarifications ; toutefois, il est bien certain que, chez les femmes chlorotiques à l'excès, on devra opérer avec ménagement.

Pour arrêter l'hémorrhagie, on emploie les mêmes moyens que dans les scarifications des autres affections cutanées : éponge, amadou, papier buvard et ouate. Ensuite, on lave les parties scarifiées avec de l'eau froide et on applique les compresses froides, pendant quelque temps, pour arrêter définitivement l'hémorrhagie et diminuer la sensation de cuisson et de chaleur qu'éprouvent les malades, immédiatement après l'opération. La douleur est quelquefois très vive, surtout au niveau des orifices naturels, mais elle est toutefois supportable.

Marche et durée du traitement. — Après une scarification, les parties incisées restent visibles pendant deux ou trois jours, mais quand le malade revient, au bout d'une semaine, pour subir une nouvelle opération il n'en reste plus trace, c'est tout au plus si l'on voit encore un léger sillon un peu moins coloré, surtout quand on tend la peau.

Les scarifications ont pour but de provoquer une modification dans les éléments du derme, une oblitération des vaisseaux, mais elles les oblitérent en favorisant la formation d'un autre tissu ; on cherche à faire ce que la nature fait quelquefois toute seule, à transformer un tissu essentiellement vasculaire en un autre où l'élément conjonctif domine.

Mais, même après un très grand nombre de scarifications, il n'y a pas de cicatrice apparente à la vue, ni même au toucher ; il ne se forme pas de tissu rétractile, tout au plus les parties scarifiées paraissent-elles un peu plus dures qu'à l'état normal.

Pour avoir un changement notable dans l'état de la tache, il faut au moins six à huit scarifications. Au bout de six semaines, il est facile de constater que la tache vasculaire a une couleur moins foncée, et le malade quelquefois désillusionné après les premières séances, revient satisfait des progrès dus au traitement. Aussi faut-il bien recommander aux malades de ne pas se lasser trop vite, et leur faire bien comprendre que l'amélioration sera lente, difficile à saisir, dans les premiers temps.

Quand on opère sur une tache un peu saillante, le premier effet des scarifications est de la rendre plane ; puis la coloration de la tache change et passe par toute une série de nuances dont l'intensité de coloration diminue peu à peu. De violette, par exemple, elle devient rouge vineux, puis rouge grenat, puis à mesure que le nombre des séances augmente, la coloration décroît insensiblement, elle devient rose, puis ne présente plus qu'une teinte un peu cuivrée et à peine différente de celle de la peau, cette teinte devient

alors très facile à dissimuler avec une poudre de toilette quelconque.

Les changements dans la coloration ne se font pas toujours d'une façon uniforme sur toute la tache. Le nombre des scarifications nécessaires pour faire disparaître ou plus ou moins effacer la coloration d'un nævus, doit varier selon l'intensité de la coloration et l'étendue de la tache. Une tache lie de vin exigera un bien plus grand nombre de séances qu'une tache simplement rosée ; plus un nævus sera étendu, plus il demandera de temps pour se modifier ; il paraît que pour un nævus rose il faudra toujours, au moins, quinze à vingt opérations ; pour les nævi violets il en faudra un bien plus grand nombre.

Les résultats définitifs du traitement par scarifications ne sont pas encore bien connus. Les malades atteints de taches vineuses ou vasculaires sont si rares à l'hôpital Saint-Louis, que pour prendre quelques bonnes observations sur le traitement moderne de cette affection, il faudrait suivre les différents services de cet hôpital, pendant un temps relativement long et assez souvent peut-être sans obtenir de résultats satisfaisants. « Le temps n'est pas éloigné, dit Balmano-Squire, où on ne connaissait de cette affection que le nom, et ce fait qu'elle est congénitale ; quant au traitement, longtemps il n'exista pas ; les malades n'ayant pas de confiance dans la guérison de taches vineuses, les gardaient avec un résignation toute mahométane. »

Ayant suivi le traitement par scarifications de plusieurs malades du dehors, j'ai eu l'occasion d'observer quelques personnes atteintes de taches érectiles et soumises à cette

méthode de traitement ; mais ces observations n'étant ni aussi nombreuses, ni aussi complètes que les observations que j'avais recueillies pour les autres affections traitées par scarification, je dois forcément en emprunter quelques autres chez les auteurs qui ont eu l'occasion d'étudier le traitement de taches érectiles d'une manière plus spéciale et plus complète.

OBSERVATION XXXIII

(Empruntée à Balmanno-Squire (résumé).

Homme âgé de 30 ans, affecté de tache de vin limitée exactement au côté droit de la face et ayant envahi la muqueuse correspondante à la commissure labiale droite ; le nævus a la couleur violette.

Le traitement consiste en des scarifications de la peau malade, à l'aide du bistouri, par la méthode que j'ai indiquée. Plusieurs séries d'incisions furent faites à intervalle d'une semaine environ l'une de l'autre ; à chaque séance, la direction des incisions fut légèrement changée. Par ce moyen, certains points de la tache ont été effacés, sans laisser aucune trace des opérations ; d'autres, plus sombres, ont été ramenés d'une façon permanente à la teinte rose pâle.

Au moment où le chirurgien anglais publia cette observation, le malade était encore en traitement.

OBSERVATION XXXIV

Nævus vasculaire congénital de la joue gauche.

Observation empruntée à M. Colson, dans sa thèse de doctorat, 1878 (résumé).

15 février. — Pas de parents atteints d'affection analogue ; nævus

stationnaire depuis la naissance ; il occupe le tiers interne du sourcil gauche, toute la joue et la lèvre supérieure du même côté ; il atteint la muqueuse de la lèvre supérieure et de la joue, mais il ne s'étend pas aux gencives.

Coloration violet foncé, dans toute l'étendue de la tache, qui est légèrement saillante, et porte, çà et là, quelques petites tumeurs, de la grosseur d'une lentille.

On pratique des scarifications dans la portion génienne de la tache.

30 octobre. — Le malade est venu très régulièrement ; il a subi vingt scarifications ; le premier effet des scarifications a été de déterminer l'affaissement des petites élevures et de la tache elle-même, qui était un peu surélevée ; puis elle est devenue plus pâle, le fond est toujours violet, mais il y a de nombreux endroits qui ont une couleur rouge, en quelques points même, il y a des îlots complètement décolorés et ayant une teinte seulement un peu jaune. Les îlots sont petits, disséminés çà et là et ne forment pas une surface continue.

Le malade est encore en traitement.

OBSERVATION XXXV

Nævus vasculaire congénital s'étendant à toute la portion droite de la face.

Mademoiselle V., 23 ans.

27 mars. — Pas d'affection analogue dans la famille ; la tache n'a pas sensiblement augmenté depuis la naissance. Elle occupe tout le réseau cutané des ramifications de la cinquième paire nerveuse crânienne. Elle se limite, exactement, à la partie médiane du front, du nez, de la lèvre supérieure.

Sur le front, elle s'étend en dedans sur le trajet du frontal interne ; en dedans, elle gagne la région temporale et va jusqu'au cuir chevelu, de façon à constituer ainsi deux bandes triangulaires se réunissant, par leur base, à la partie médiane du sourcil. A la joue, elle est limitée

par une ligne circulaire qui commence à quatre centimètres de l'angle interne de l'œil et qui s'arrête à la commissure labiale droite.

De plus, il y a une tache isolée supplémentaire en avant de l'oreille.

Dans toute cette étendue, la tache a une coloration uniforme, violet livide, elle est légèrement surélevée, sans élévures érectiles.

Il y a deux îlots de peau saine, l'un au niveau de l'angle interne de l'œil, l'autre, au niveau de la partie médiane du sourcil.

Du côté de la muqueuse buccale, la tache atteint toute la moitié de la luette. Les gencives sont saignantes, fongueuses ; sur le reste de la muqueuse, la coloration est seulement un peu plus rouge et non boursoufflée.

24 avril. — Cinquième scarification. Elles sont portées sur le prolongement temporal et sur la partie moyenne de la joue. Le nævus, légèrement saillant, s'est affaissé ; il est encore très violet, mais n'a plus la couleur livide qu'il avait primitivement.

26 juin. — Quatorzième séance. Les points où ont été faites les scarifications ont été légèrement modifiés à chaque séance ; tous ceux qui ont été touchés par le scarificateur sont aplatis ; ceux où on a fait un plus grand nombre d'opérations sont beaucoup plus pâles ; en certains points la couleur violette a fait place à la couleur rouge très foncée, encore.

La malade, obligée de quitter Paris, est allée à Genève, où elle avait la ferme intention de continuer le traitement institué. Elle n'a plus donné de ses nouvelles.

OBSERVATION XXXVI

Nævus planus au côté droit du menton.

Mademoiselle G..., 20 ans, couturière. Personne n'a eu de taches sanguines dans la famille. Nævus situé au côté droit du menton, qui a sensiblement augmenté pendant les premiers temps de la vie ; mais depuis très longtemps, reste stationnaire.

16 janvier. — État actuel :

1° Sur la lèvre, au niveau de la muqueuse, tumeur érectile légèrement saillante, s'étendant jusqu'à la commissure labiale droite.

2° Tache vasculaire, qui se continue sans ligne de démarcation avec la tumeur érectile et qui occupe toute la partie latérale droite du menton, atteignant la ligne médiane, mais ne la dépassant pas.

En dehors, cette tache s'arrête, environ, à 2 centimètres au delà de la commissure. Elle a une coloration rouge framboisé mais non violette, avec quelques arborisations vasculaires au pourtour.

Rien sur la muqueuse gingivale ni sur le reste du corps.

6 février. — Quatre scarifications. Elles ont porté sur la totalité de la tache, toutefois on n'a pas touché à la tumeur érectile de la lèvre.

Bien que la tache ne fût pas turgescente, le but des scarifications a été de la faire paraître plus plane ; elle n'a pas de changement de couleur bien marquée, cependant les varicosités périphériques ont complètement disparu.

7 mai. — Quinzième séance. La tache, qui avait une couleur rouge framboisé, est actuellement rouge foncé ; il s'est formé dans son intérieur de nombreux points plus pâles, à peine roses. Les veinosités qu'on observait autour de la tumeur ont complètement disparu.

A partir de 21 mai, la malade a disparu sans donner de ses nouvelles ; après avoir obtenu une amélioration notable dans son état, mais peu satisfaisante comme résultat définitif.

CHAPITRE VII

ACNÉ ROSACEA. GUTTA ROSACEA. COUPEROSE.

Sous le nom de couperose on comprend une inflammation chronique des follicules sébacés de la peau, avec dilatation vasculaire et prolifération du tissu conjonctif environnant.

Dans l'acné rosacea, les follicules sébacés de la face, surtout ceux du nez, sont le siège d'une inflammation chronique. Cette inflammation montre beaucoup moins de tendance à passer à la suppuration que l'inflammation des follicules sébacés dans l'acné vulgaire et dans le sycosis ; par contre, elle est constamment compliquée d'une hypertrophie inflammatoire du tissu conjonctif, et surtout d'une dilatation considérable des vaisseaux, aux environs des follicules malades. L'acné rosacea se développe, il est vrai, de préférence chez les buveurs, surtout chez les buveurs de vin et d'eau-de-vie ; cependant cette coïncidence est loin d'être assez générale pour que le développement de la couperose nous autorise, d'emblée, à conclure que l'individu qui en est atteint est, nécessairement, adonné à l'ivrognerie. Très souvent, les femmes sont atteintes, vers l'âge de retour, et sans avoir jamais goûté ni vin, ni bière, ni eau-de-vie, de cette infirmité, que les préjugés régnants rendent doublement désagréable. Même, les jeunes femmes sont quel-

quefois atteintes d'acné rosacea, quand elles sont sujettes à des désordres menstruels.

M. Bazin distingue trois espèces de couperose : acné rosée ou couperose arthritique, couperose alcoolique et couperose scrofuleuse. Nous dirons quelques mots de ces trois espèces de couperose, après avoir fait la symptomatologie de cette affection.

La maladie débute par une rougeur foncée, cuivrée, de quelques places circonscrites du visage. Cette rougeur est produite par une dilatation variqueuse des petits vaisseaux. Sur ces places d'un rouge bleu, se développent plus tard des tubercules d'acné, qui n'ont aucune tendance à diminuer, en supposant même qu'une pustule se forme à leur sommet, et deviennent, au contraire, de plus en plus volumineux. Les nouveaux tubercules qui s'y ajoutent et la forte hypergénèse qui se développe dans le tissu conjonctif du derme font naître des difformités. Le nez gonflé, informe, le siège ordinaire de la couperose, est coloré en rouge bleu dans les degrés élevés du mal et couvert de bosses et de tumeurs plus ou moins grandes. Souvent le front et les joues présentent le même aspect, et, dans quelques cas, le processus se répand même sur la face entière.

Diagnostic. — La couperose arthritique doit être différenciée de la couperose scrofuleuse et de la couperose alcoolique. La couperose scrofuleuse est caractérisée par une rougeur érythémateuse moins vive, ne présentant pas à la circonférence de la plaque, des capillaires dilatés, et les pustules qui naissent sur les taches couperosiques sont plus rares, mais plus volumineuses et plus purulentes ; enfin il n'existe qu'un prurit modéré.

La couperose arthritique est, d'ailleurs, accompagnée d'autres manifestations de même nature, telles que douleurs rhumatismales, eczémas, angines, etc. ; au contraire, la couperose scrofuleuse est accompagnée de gourmes, d'adénopathie, et s'observe chez des individus lymphatiques.

L'absence de toute manifestation arthritique ou scrofuleuse, l'existence d'abus alcooliques, feront penser à la couperose alcoolique. Assez souvent, les deux causes sont réunies ensemble : arthritisme et alcoolisme.

Pronostic. — Il est sérieux, parce que l'affection siège, ordinairement, au visage et constitue une difformité désagréable et surtout parce que la guérison définitive est difficile à obtenir.

Traitement. — Aux premiers signes de l'acné rosacea, il faut interdire formellement l'usage des spiritueux, aussi bien que de toutes substances irritantes, poivrées, épicées, viandes fumées, charcuterie, etc. ; si, chez les femmes, il y a des troubles de la menstruation, il y a lieu de les traiter selon les principes généralement admis dans des cas pareils. Ensuite, il faut prendre en considération la nature de la maladie scrofuleuse, arthritique ou autre et prescrire un traitement général bien approprié. En même temps et pour obtenir une compression des vaisseaux dilatés, il convient d'appliquer du collodion sur les endroits rouges. Dans les cas où ces applications ne sont pas supportées, Vogel a employé avec succès, l'eau saturnée concentrée, additionnée de terre bolaire blanche et d'un peu de camphre. S'il se développe des petits tubercules d'acné, les préparations sulfureuses conviennent également contre

l'acné rosacea ; toutefois, au lieu de la pâte conseillée pour le traitement de l'acné vulgaris et du sycosis, il vaut mieux se servir de l'eau de Kummerfeld ou d'un mélange de lait, de soufre, d'eau et d'alcool. Dans les cas invétérés, tout traitement est le plus souvent inutile.

Cependant, depuis l'application des scarifications linéaires, dans le traitement des différentes espèces de l'acné rosacea ou couperose, le pronostic de cette maladie est devenu beaucoup plus favorable et les cas de guérison notablement plus fréquents.

Dans l'acné rosacea, les scarifications linéaires se pratiquent de la même manière que dans les autres affections cutanées. Les instruments qu'on emploie le plus souvent sont le scarificateur à lame étroite de M. Vidal et le scarificateur à lames multiples de Balmano-Squire. M. Vidal emploie très souvent ce dernier pour scarifier le nez atteint de couperose. Dans ce but, il se place derrière le malade, bouche les narines du patient, au moyen de ouate, et ensuite, tenant l'instrument bien solidement, et le conduisant de bas en haut ou transversalement sur les surfaces malades du nez, il fait seize incisions à chaque mouvement. Il paraît, au dire des malades, que ces incisions multiples ne sont pas beaucoup plus douloureuses que les incisions pratiquées avec une seule lame. La profondeur des incisions doit être en rapport avec la forme de la couperose. Si la couperose est tout-à-fait superficielle, à l'état érythémateux, dans ces cas la scarification n'a pas besoin d'être très-profonde ; mais si, au contraire, la couperose présente un état variqueux, tuberculeux, bosselé, inégal, comme cela arrive assez souvent dans la forme arthritique

de cette affection, il faut pratiquer des scarifications relativement bien profondes pour produire quelques modifications, dans toute l'épaisseur du tissu modifié. A part le scarificateur de Balmano-Squire, l'instrument qui rend le plus grand service dans le traitement chirurgical de la couperose, est, sans aucune contestation, le scarificateur à lame étroite de M. Vidal, dont nous avons parlé dans notre article général, sur les scarifications linéaires. A côté de sa délicatesse, cette lame présente assez de force et de résistance, pour attaquer le tissu bien induré des boutons de la couperose.

L'aiguille de Balmano-Squire est très-mince et trop flexible pour être employée dans les scarifications linéaires de la couperose.

OBSERVATION XXXVII (personnelle)

Couperose arthritique.

Malade du dehors venant tous les mercredis dans le service de M. Vidal, pour se soumettre à des scarifications linéaires.

M. X..., âgé de 30 ans, constitution moyenne ; sa mère est morte de phthisie pulmonaire, à l'âge de 26 ans. Elle a eu la couperose sur la figure. Sa grand'mère avait eu aussi une couperose très intense. Son père se porte bien. Dans l'enfance, aucune maladie grave, quelques convulsions à l'époque de la dentition.

A l'âge de 18 ans, il a eu un chancre infectant du pénis, accompagné d'une pleïade ganglionnaire des plis de l'aine bien caractéristique ; les ganglions étaient petits, nombreux, durs, indolents, mobiles, etc. Les accidents secondaires n'étaient pas bien prononcés. Il était soumis à un traitement mercuriel. Il n'aime pas les boissons alcooliques et n'a jamais commis aucun abus sous ce rapport. C'est

une preuve que la couperose n'est pas toujours liée aux habitudes alcooliques, et réellement, en examinant soigneusement notre malade, nous voyons qu'il possède les symptômes de l'arthritisme si bien décrits par l'illustre Bazin. Il a une prédisposition aux congestions, en général, une prédisposition particulière aux angines inflammatoires ; transpiration abondante, les mains et les pieds toujours froids. Pas de rhumatismes ; l'état général de l'organisme est assez satisfaisant.

Dans son enfance, le nez était un peu rosé ; à l'époque de la puberté, la rougeur du nez est devenue assez considérable ; mais il n'y avait encore aucun gonflement ni aucune éruption. Deux ou trois mois plus tard, la rougeur s'est étendue aux joues. Après l'âge de 20 ans, la rougeur a encore augmenté et plusieurs boutons sont apparus sur la face et au nez. Par suite du gonflement notable, de la rougeur et des bosselures, le nez est devenu tout à fait difforme et monstrueux. L'éruption augmente, après chaque excès de table, aux changements considérables de température et surtout au printemps. Le malade m'avoua franchement qu'il s'était adonné à l'onanisme, étant tout jeune, et que, après chaque masturbation, l'état de sa couperose s'aggravait ; il y avait pour ainsi dire une légère poussée. Pendant les poussées aiguës, le malade éprouvait la sensation de cuisson, de brûlure, mais pas de douleurs vraies. A l'âge de 20 ans, un médecin l'a traité avec une solution d'alun, appliquée sur les parties atteintes ; ce traitement a diminué la rougeur et le gonflement, mais l'amélioration n'était jamais durable. Au bout de quelques mois, un autre médecin l'a traité par quelques topiques, dont le malade ne connaissait pas la composition, mais qui, après avoir provoqué une amélioration évidente au début du traitement, sont devenus, plus tard, tout à fait inefficaces.

L'année suivante, M. Hillairet a prescrit des lotions soufrées avec du camphre. Sous l'influence de ce traitement, il y a eu une amélioration plus considérable et plus durable que celle qui avait été obtenue par les autres topiques. Il a continué ce traitement pendant trois ans. Ensuite, étant forcé d'entrer au service militaire, il a abandonné tout le traitement et au bout de peu de temps, tous les signes de son affec-

tion reparurent de nouveau. Plus tard, il employa encore quelques pommades, quelques lotions ; mais les résultats furent toujours de très courte durée.

Ensuite il s'adressa à M. Gruby qui, le premier, lui ordonna un régime doux ; pas de charcuterie, pas de substances salées, épicées, pas de boissons alcooliques, etc. En même temps, il administra un topique, dont la composition est inconnue au malade, mais dont l'influence sur la lésion fut très favorable. Il a pratiqué aussi quelques ponctions sur les parties malades, sans beaucoup de résultat.

Puis suspendant tout le traitement pendant quelques mois, le malade se présenta dans le service de M. Vidal au commencement du mois de juillet 1880, avec le nez considérablement gonflé, d'une coloration rouge vineuse, violacée, à surface variqueuse, bosselée, inégale. M. Vidal lui a prescrit les pilules d'aloës, un régime doux, pas de liqueurs, pas d'eau-de-vie, pas de café, charcuterie, poissons de mer, fromages ou autres substances irritantes. En même temps, il a commencé à pratiquer les scarifications linéaires, qu'il a continuées régulièrement, une fois par semaine, en portant son instrument sur toute la surface malade du nez. Au commencement, les scarifications étaient douloureuses et saignantes ; mais au bout de deux ou trois mois, les douleurs aussi bien que l'hémorrhagie se sont affaiblies considérablement.

Dès la première scarification, le malade a remarqué une grande amélioration, et ensuite après chaque opération, il y avait une amélioration de plus en plus efficace : la rougeur violacée, les boutons acnéiques et variqueux de la surface malade diminuaient chaque jour. Cette scarification avantageuse fut interrompue deux fois à cause du traitement du malade par l'iodure de potassium, traitement qu'il a repris, la première fois, au mois de novembre et la seconde fois au mois de février, comme moyen de précaution contre la syphilis qu'il avait eue autrefois.

Considérant que, pendant ce traitement, il se produit une congestion vers la tête et la face du malade, M. Vidal a jugé nécessaire d'arrêter les scarifications. Pendant le traitement par l'iodure de potassium, il

n'y avait aucune exacerbation du côté malade, mais, en revanche, des boutons sont venus aux joues et au front. Pour faire disparaître cette éruption, M. Vidal a prescrit des lotions à l'eau sulfureuse pratiquées le matin et le soir. Les boutons ont disparu assez rapidement.

Au mois de mars, on a recommencé les scarifications avec le scarificateur à seize lames de Balmanno-Squire. L'amélioration est très rapide.

Mois d'avril. — Les scarifications sont pratiquées toujours avec le même instrument à lames multiples. On introduit une pelote de ouate dans chaque narine et l'opérateur, se plaçant en arrière de l'opéré, fait les scarifications longitudinales et transversales, avec le scarificateur de Balmanno-Squire, dont nous avons parlé.

Mai. — Le malade peut être considéré comme complètement guéri. Cependant, il vient de temps en temps et M. Vidal le scarifie tous les quinze ou vingt jours, pour prévenir le retour de la maladie.

Juin. — Il a quitté l'hôpital.

OBSERVATION XXXVIII (personnelle)

Couperose.

M. X..., âgé de 28 ans, et d'une constitution moyenne, était atteint depuis quelques années d'une couperose de la face. Pour se traiter de cette maladie, il était entré dans le pavillon Gabrielle où on l'a soumis au traitement ordinaire de cette affection. Au bout d'un certain temps, étant guéri, il quitta l'hôpital.

Quelques semaines plus tard, il s'aperçut que son nez devenait très rouge, que la rougeur augmentait de plus en plus et prenait cet aspect violacé, livide, propre aux affections couperosiques. Il est revenu à l'hôpital pour se soumettre encore au traitement de cette nouvelle poussée. M. Vidal lui proposa les scarifications linéaires du nez, et appliquant ce moyen chirurgical, séance tenante, il le continua tous les huit jours. L'amélioration fut très rapide.

Au bout de trois ou quatre scarifications, la peau du nez devint

presque tout à fait normale. Depuis quelques semaines, le malade ne revient plus. Il faut croire qu'il est complètement guéri.

OBSERVATION XXXIX (personnelle).

Couperose arthritique du nez.

Salle Saint-Jean, n° 25.

Nommé Martin K..., 66 ans, constitution moyenne, taille très petite. Personne dans sa famille n'a eu aucune maladie pareille. Lui-même était toujours bien portant. Il n'a jamais présenté de manifestations scrofuleuses. Pas de maladies graves dans ses antécédents. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Mais, en revanche, il présente une prédisposition particulière aux douleurs rhumatismales, douleurs des articulations, a une sensibilité très grande au froid : ses pieds et ses mains sont presque toujours glacés ; prédisposition aux transpirations abondantes, aux angines inflammatoires et à la chute de cheveux prématurée. En un mot, il présente plusieurs phénomènes morbides, qui, selon Bazin et d'autres médecins de l'hôpital Saint-Louis, entrent, avec la plus juste raison, dans la catégorie des manifestations arthritiques et favorisent considérablement le diagnostic de la nature de cette couperose, qui, d'autre part, peut être diagnostiquée, encore, par certains caractères locaux et par la voie d'élimination avec les autres espèces d'acnés rosacés : en effet, la couperose scrofuleuse ne peut pas être admise ici à cause de l'âge un peu avancé du malade, à cause de l'absence complète de manifestations scrofuleuses dans sa jeunesse ; la couperose alcoolique doit être éliminée aussi, car le malade n'a jamais fait des abus de boissons alcooliques.

À l'âge de 54 ans, il a remarqué que son nez rougissait de temps en temps et que cette rougeur augmentait surtout sous l'influence du froid. Plus tard, la coloration rouge a pris l'aspect rouge violacé, rouge-vineux, bleuâtre foncé.

Ensuite, il s'est formé sur la surface du nez des boutons d'acné à sommet pustuleux, qui, s'ouvrant de temps en temps, et laissant échap-

per et se dessécher du pus, du sang et de la sérosité, donnaient lieu à la formation de croûtes noirâtres, se renouvelant assez fréquemment. En même temps, il s'est formé des indurations et des épaissements notables dans les parties malades, de telle sorte que le volume du nez a augmenté visiblement, mais cependant, sans donner lieu à ces difformités considérables, qu'on rencontre fréquemment dans certains cas de coupe-rose.

Malgré la durée prolongée de cette affection, le malade avant de se présenter à l'hôpital Saint-Louis n'a employé aucun traitement.

Au commencement du mois de juin, il est entré dans le service de M. Vidal et a été immédiatement soumis aux scarifications linéaires. Les scarifications étaient pratiquées au moyen du scarificateur de Balmanno-Squire, à lames multiples, les incisions quadrillées, c'est-à-dire faites dans les deux sens tout à fait opposés. Les premières opérations étaient un peu plus sensibles que les autres.

Après trois ou quatre scarifications, il y avait déjà une amélioration visible : le gonflement et la coloration rouge-vineuse ont diminué considérablement.

Au bout de six scarifications, la guérison fut presque tout à fait complète.

Après chaque opération, le malade appliquait des compresses trempées dans l'eau froide, ce qui le soulageait beaucoup et enlevait cette sensation de cuisson et de douleur qui persiste ordinairement assez longtemps, après chaque séance opératoire.

Aucun médicament à l'intérieur.

Abstinence complète de boissons alcooliques et de substances épicées, irritantes, etc..

A la fin du mois d'août, il quitta l'hôpital en état de guérison complète.

La coloration du nez était devenue même tout à fait normale.

CHAPITRE VIII

SYCOSIS MENTAGRE

Le sycosis est une affection des follicules pileux, caractérisée par l'existence de pustules, siégeant à la base des poils, précédées ou suivies d'une induration qui ne dépasse pas ordinairement les téguments, mais peut occuper le tissu cellulaire sous-cutané.

Étiologie. — Il existe un sycosis de cause externe et un sycosis de cause interne.

Le sycosis de cause externe apparaît sous l'influence de l'action de substances irritantes. On l'observe chez les individus qui font usage de tabac ou qui sont affectés de catarrhe nasal, qui se frictionnent avec l'huile de cade ou se servent d'un rasoir ébréché, mais surtout, chez ceux qui se font raser chez le coiffeur. Car, si les serviettes ou le rasoir contiennent des spores ou sporules tricophytiques, elles sont transmises à la face du malade et on constate successivement l'herpès ou l'érythème circiné, le pityriasis alba parasitaire et le sycosis (s. parasitaire).

Le sycosis parasitaire est la forme la plus généralement observée. Selon l'opinion générale, le sycosis parasitaire se développe sous l'influence d'un parasite végétal « espèce de champignon connu sous le nom de tricophyton », parasite qui est celui de la teigne tonsurante et de l'herpès circiné parasitaire. La forme de l'affection dépend de la

région dans laquelle le parasite se développe. Si le trichophyton se développe dans les poils du cuir chevelu, il donne naissance à la teigne tonsurante ; s'il se développe dans les petits poils des différentes parties de la peau, il produit l'herpès circiné parasitaire ; si le trichophyton choisit pour siège les poils épais de la barbe et des moustaches, du creux axillaire ou même du pubis, il provoque le sycosis.

Selon d'autres auteurs, le sycosis se développe sous l'influence d'un parasite spécial appelé par M. Robin *trichophyton mentagrophyte*.

Le sycosis de cause interne peut être symptomatique de la scrofule, de la syphilis ou de l'arthritisme, mais les sycosis scrofuleux et syphilitiques sont des affections complexes ; ils n'existent jamais seuls et sont accompagnés : le sycosis scrofuleux d'impétigo, le sycosis syphilitique d'ulcération de même nature. Le sycosis arthritique est donc la seule variété qui se présente dans un état de simplicité parfaite ; aussi, peut-on faire abstraction du sycosis scrofuleux et syphilitique et rechercher uniquement si un sycosis est de cause externe ou arthritique.

Symptômes et marche. — Au début de la maladie, il se forme entre les poils de la barbe, aux lèvres, au menton, aux joues et dans quelques cas rares, même entre les poils des sourcils et de l'aisselle, de petites nodosités rouges et infiltrées, ayant les dimensions d'une lentille ou d'un pois. Au bout d'un certain temps, il se forme, au sommet de ces nodosités, des pustules constamment traversées par un poil. Après quelques jours, ces pustules se rompent et laissent écouler leur contenu, qui se dessèche aussitôt en croûtes brunâtres. Sous les croûtes, les nodosités persistent, même

après que les croûtes sont tombées, ces nodosités diminuent lentement ou conservent leur volume antérieur. Ces éruptions, rares et clair-semées, sont rendues plus serrées par de nouvelles poussées et finalement les nodosités, pressées les unes contre les autres et leurs interstices infiltrés, donnent aux endroits malades cet aspect caractéristique de figue sèche auquel le sycosis doit son nom. Quelquefois la maladie reste bornée à quelques places de peu d'étendue ; dans d'autres cas, toutes les régions de la face où se trouvent des poils, sont couvertes de tubercules d'un rouge foncé, de pustules et de croûtes. La maladie dure indéfiniment et persiste souvent pendant de longues années sans s'éteindre et sans conduire à des dégénérescences d'une autre nature. Si la malade guérit, les endroits autrefois atteints ne se couvrent plus de poils, parce que les follicules pileux sont détruits et le visage est marqué de cicatrices.

Traitement. — Envisagé comme affection générique et considéré dans son élément inflammatoire, le sycosis n'exige que des cataplasmes, des bains, des lotions émollientes, etc. ; mais ce traitement local est tout à fait insuffisant et on doit en conseiller un autre basé sur la nature de l'affection.

Le sycosis est-il dû à des substances irritantes ? Il faut soustraire le malade à l'action de ces substances et faire des applications émollientes. Est-il dû à l'existence de parasites ? Il faut surtout s'attacher à détruire le parasite. Or, le meilleur moyen d'arriver à ce but est d'arracher tous les poils, d'épiler, en un mot, et de lotionner tous les points malades avec une solution parasiticide (solution de sublimé), Sans doute à un moment donné, le tricophyton n'existe

plus, a été détruit complètement par l'état du pus sécrété par les follicules pileux ; mais, alors même, l'épilation est encore nécessaire, parce que le poil constitue une épine qu'il faut enlever à tout prix.

Traitement par les scarifications linéaires. — Malgré la durée bien longue du traitement ancien du sycosis, à cause de l'opiniâtreté quelquefois très grande de cette maladie, il faut avouer encore que les moyens même les plus radicaux, comme l'épilation, ne procuraient pas toujours une guérison définitive, et les récidives, selon l'opinion de M. Vidal, n'étaient pas assez rares. Aujourd'hui, grâce aux scarifications linéaires, appliquées au traitement du sycosis, la guérison de cette maladie est devenue beaucoup plus rapide et en même temps plus radicale.

Les scarifications doivent être rapprochées, quadrillées et assez profondes, si les indurations sycosiques sont épaisses et profondes, comme cela arrive du reste dans le plus grand nombre de cas. Il y a une quinzaine d'années ou peut-être davantage, Hébra a pratiqué déjà une espèce de scarification ou plutôt d'incision de pustules sycosiques. Il procédait de la manière suivante : on commence le traitement en ramollissant et en détachant les croûtes par des frictions huileuses et en l'application d'un linge bien imbibé d'huile ; ensuite, on recommande au malade *qu'il se fasse raser tous les jours*, quelle que soit la répugnance qu'il éprouve à se soumettre à cette nécessité. On ouvrira par une incision faite avec un fin scalpel toutes les pustules qui se produiraient après cette opération, et si plusieurs pustules sont confondues, on les fendra par une incision

unique. Ces scarifications qui, de même que le passage du rasoir sur l'endroit malade, sont infiniment moins douloureuses qu'on ne devrait le supposer, doivent également être répétées tous les jours, s'il y a lieu. Si le mal est très opiniâtre, il faut toucher les pustules ouvertes avec de l'acide acétique concentré ou avec une solution de sublimé. Dans la plupart des cas, il suffit de couvrir pendant la nuit la partie malade d'un petit linge enduit de pommade au précipité blanc ou d'une pâte composée de parties égales de lait, de soufre, de glycérine et d'alcool. Aujourd'hui, on pratique les scarifications de sycosis, tout-à-fait de la même manière et avec les mêmes instruments, que les scarifications de différentes formes de lupus ou d'autres affections cutanées. Le procédé opératoire, les moyens hémostatiques et anesthésiques sont les mêmes que nous avons indiqués dans notre description générale des scarifications.

OBSERVATION. XL (personnelle).

Sycosis traité par les scarifications.

Malade du dehors. C'est le même malade qui est atteint de lupus tuberculeux ulcéreux datant de quarante ans et soumis à des scarifications linéaires. Son observation complète se trouve parmi les observations de lupus ulcéreux au n° IX. Ne voulant pas répéter son anamnèse, une seconde fois, je renvoie les personnes qui désirent connaître l'histoire complète de ce malade au n° IX de mes observations sur les scarifications linéaires.

Il y a quinze mois ce malade a eu un catarrhe des fosses nasales d'une intensité particulière et accompagné d'un écoulement très abondant. Au bout de peu de temps, il a remarqué une sensation de

cuisson, de picotement et de douleur à la lèvre supérieure ; mais comme il portait les moustaches, il ne pouvait pas bien voir l'état dans lequel se trouvait la partie malade. Quelques mois plus tard, en s'examinant assez soigneusement, il a constaté que sa lèvre supérieure était bien gonflée, indurée et couverte d'inégalités très douloureuses au toucher. Il attendit encore quelques mois et, enfin, il se décida à sacrifier ses moustaches pour se soumettre à un examen convenable et à un traitement approprié. M. Vidal, trouvant chez ce malade une éruption syco-sique, caractérisée par un gonflement considérable, une induration profonde des parties malades, des boutons surmontés par de petites pustules, l'avait soumis immédiatement aux scarifications linéaires, qui sont beaucoup plus douloureuses dans cette affection que dans toutes les formes du lupus. On répéta ces scarifications une fois par semaine. Dans les intervalles des opérations, le malade employait les cataplasmes émollients de fécules de pommes de terre, tous les soirs, les pulvérisations tous les jours ; pommade rosée dans les narines.

Après la première scarification, l'amélioration était déjà assez considérable : le gonflement et la rougeur avaient beaucoup diminué. Plus tard, l'amélioration devint sensible à la suite de chaque opération. Aujourd'hui, au mois de juillet, le malade peut être considéré comme complètement guéri et se trouve très satisfait de son état, d'autant plus que sa néoplasie lupique est presque absolument guérie, sous l'influence des mêmes scarifications, comme nous l'avons dit dans notre observation, n° IX. Mois d'août et de septembre. La lésion est devenue tout à fait insignifiante. Cependant, une saillie très légère et une petite induration persistent encore. C'est pourquoi on continue la scarification.

OBSERVATION XLI personnelle.

Sycosis.

Salle Saint-Jean, n° 39. 1881, mois de mai.

M. S..., âgé de 30 ans. Constitution moyenne. Conducteur d'omnibus. Sa mère était toujours bien portante. Elle est morte d'une

maladie aiguë. Le père est bien portant et n'a jamais eu d'affection cutanée. Aucune manifestation scrofuleuse dans l'enfance. Aucune maladie grave. Vacciné deux fois avec succès. Pas de syphilis dans ses antécédents. Pas d'alcoolisme.

En 1880, au mois de février, après s'être fait raser chez un coiffeur, il s'est aperçu au bout de huit jours de la présence de quelques petits boutons de chaque côté du menton, gros comme des graines de lentilles, rouges et se couvrant facilement de croûtes. Plus tard, la lésion s'élargissait et au bout de quelques mois envahissait la partie latérale et postérieure de la joue droite, c'est-à-dire toute cette partie qui est couverte de poils. Ces boutons formaient des inégalités, des bosselures, des indurations assez étendues et se couvraient de croûtes qui tombaient de temps en temps, laissant une surface ulcéreuse, humide.

Aussitôt qu'il se présenta à l'hôpital Saint-Louis, M. Vidal le soumit au traitement par scarifications linéaires et, continuant ce traitement pendant plusieurs semaines, il obtint une amélioration considérable au commencement et une guérison complète plus tard. Au mois de juin, le malade quitta l'hôpital.

OBSERVATION XLII (personnelle).

Sycosis strumeux de la lèvre supérieure et du menton.

Malade du dehors.

M. X..., âgé de 39 ans, clerc de notaire, pourvu d'embonpoint, mais avec un habitus scrofuleux bien accentué. Ses parents ont toujours été bien portants. Dans sa première enfance, il a eu plusieurs manifestations de la scrofuleuse : des blépharites se répétant pendant plusieurs années ; des eczémas impétigineux ou de l'impétigo du cuir chevelu, un gonflement et un épaississement de la lèvre supérieure, une adénite cervicale. Il n'a jamais eu de maladie grave. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme.

En 1866, il a eu un sycosis pareil à celui qu'il a aujourd'hui. La lèvre supérieure et le menton étaient gonflés, recouverts de tubercules,

de bosselures, indurés et très douloureux. Cette affection a duré presque toute une année. Il s'est traité au moyen d'une pommade au précipité rouge et de quelques épilations partielles. La maladie, dans les premiers jours de son développement, était accompagnée d'un mouvement fébrile léger.

En 1876, il a eu une éruption d'acné simple, qui a duré un mois et pendant ce temps, le malade a été aussi en proie à une fièvre modérée.

L'affection qu'il présente aujourd'hui a débuté au commencement du mois de février 1881. Sous l'influence d'un refroidissement, il a contracté un catarrhe du nez très intense, accompagné d'un mouvement fébrile et d'un écoulement très abondant. Au bout de quelques jours, il s'est formé un gonflement et une rougeur intenses à la lèvre supérieure, immédiatement au-dessous de la narine droite. C'était la première manifestation du sycosis. Plus tard, cette lésion s'est étendue en largeur et a envahi la lèvre inférieure et une partie du menton ; le gonflement est devenu plus prononcé et a pris un aspect bosselé, inégal, irrégulier, en même temps qu'il s'est couvert de quelques croûtes de pustules sycosiques.

Au mois de mars, il était soumis à des scarifications hebdomadaires et à un traitement interne composé d'huile de foie de morue, de boublon et d'un régime doux, non excitant.

Après les deux premières scarifications linéaires, assez profondes et quadrillées, l'amélioration a été tellement grande que le malade a pensé qu'il était complètement guéri. Le gonflement, la rougeur, et l'induration ont diminué très notablement.

Au mois d'avril, on lui a scarifié les deux lèvres malades : mais l'influence de cette opération sur la lèvre inférieure fut moins manifeste que sur la supérieure.

Au mois de mai, le malade ne s'est pas présenté au traitement et son sycosis s'est aggravé considérablement.

Au mois de juin, il s'est soumis de nouveau à des scarifications linéaires pratiquées une fois par semaine et l'amélioration fait des progrès visibles après chaque séance opératoire.

OBSERVATION XLIII (personnelle).

Sycosis parasitaire. Malade du dehors se présentant aux scarifications tous les mercredis.

Scaranmyza T..., né en Italie, âgé de 26 ans, terrassier. Constitution moyenne. Dans son enfance, il n'a eu aucune manifestation strumeuse, mais il était très faible et chétif jusqu'à l'âge de quatre ans. Depuis cette époque, au contraire, il se portait toujours bien. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme ; pas de maladies graves.

Au mois de mai 1881, se faisant raser par un barbier, il a été coupé au côté gauche du menton. Au bout de huit ou dix jours, quelques boutons de sycosis sont apparus au niveau de cette petite blessure. Au sommet de ces boutons ou papules sycosiques, se sont formées de petites pustules, qui en se rompant, ont donné lieu à un écoulement séro-sanguinolent, se desséchant et se transformant facilement en petites croûtes brunâtres. Ces papules ou tubercules sycosiques se sont développées peu à peu sur les parties voisines du derme d'une manière tellement étendue, qu'au bout de deux mois l'éruption a fini par occuper tout le menton, la partie supérieure de la région sus-hyoïdienne, la partie inférieure, c'est-à-dire la surface couverte de poils de la joue gauche, jusqu'à l'oreille correspondante et une partie de la joue droite.

En même temps se présentaient une induration considérable de tissu cellulaire, le gonflement, les bosselures, les inégalités caractéristiques du sycosis.

Pendant les deux premiers mois, il ne subit aucun traitement. Au mois de juin, il se présenta dans le service de M. Vidal et occupa le n° 20 de la salle Saint-Jean. Dans les premiers jours, on lui appliqua quelques cataplasmes, pour faire tomber les croûtes. Ensuite, on pratiqua une épilation complète de toute la surface malade et, de nouveau, les cataplasmes, pour adoucir les surfaces irritées et enflammées, sous l'influence de l'épilation.

Au bout de dix jours, on pratiqua, les scarifications ponctuées, au moyen de scarificateur d'Hébra, modifié par M. Vidal. Ces scarifications se répétèrent tantôt tous les huit, tantôt tous les quatre ou cinq jours. Au bout de deux ou trois séances opératoires, l'amélioration était très considérable, la tuméfaction surtout avait notablement diminué. En dehors des scarifications, dans les intervalles, il employa la pulvérisation deux ou trois fois par jour, avec de l'eau froide et les cataplasmes.

Au commencement du mois d'avril, il quitta l'hôpital sans être complètement guéri ; mais il se présentait aux scarifications hebdomadaires du mercredi. Comme M. Vidal était en vacance, il fut opéré par les élèves du service, qui lui firent les scarifications linéaires quadrillées.

La maladie commence à se prolonger, probablement à cause de l'irrégularité et de la négligence avec lesquelles le malade se soumet aux scarifications.

Septembre. — La maladie peut être considérée comme complètement guérie. Dans tous les cas, il faut soumettre le malade à une certaine surveillance, pour pouvoir arrêter le mal aussitôt qu'il commencera à apparaître.

OBSERVATION XLIV (personnelle)

Sycosis non parasitaire de la lèvre supérieure

Malade du dehors se présentant aux scarifications, tous les huit jours.

Pierre S..., âgé de quarante ans, garçon marchand de vin. Son père est mort depuis longtemps. Sa mère se porte très-bien aujourd'hui, malgré son âge de soixante-douze ans. Dans son enfance, comme manifestation scrofuleuse, il a eu un eczéma impétigineux ou impétigo du cuir chevelu et du menton. Pas d'autres manifestation de la gourme. Il y a quelques années, il s'adonnait beaucoup aux boissons alcooliques. Il n'a jamais eu ni syphilis ni aucune autre maladie plus ou moins grave.

A trente ans, il a eu un sycosis très intense, qui occupait toute la

lèvre supérieure en respectant les autres parties de la face. La surface malade était recouverte par des bosselures, des inégalités accompagnées d'indurations notables. Il était traité par un pharmacien, qui en lui administrant continuellement plusieurs pommades ou autres drogues de prix très élevés, contribua beaucoup à l'aggravation prodigieuse de sa maladie.

Au bout de deux ans, il se présenta l'hôpital Saint-Louis, où on le soumit aux épilations hebdomadaires. On a pratiqué ces épilations pendant six mois. De temps en temps, il y avait des améliorations assez considérables, mais aussitôt que les poils repoussaient, la lésion s'accroissait davantage.

Dans le septième mois, il a quitté l'hôpital sans être complètement guéri, mais au bout de peu de temps, sa maladie a disparu tout à fait et pendant les neuf années suivantes, il s'est absolument bien porté.

A la fin du mois de mai de cette année, il a eu une nouvelle poussée de sycosis de la lèvre supérieure. Cette affection est survenue consécutivement à l'irritation de cette lèvre, par l'écoulement du nez, provoqué par un catarrhe intense, auquel, du reste, le malade a une très grande prédisposition. Car c'est un individu d'une constitution arthritique et outre sa prédisposition aux catarrhes du nez, il est sujet aux angines, aux transpirations abondantes, aux refroidissements, etc. Il est probable que l'arthritisme joue un certain rôle dans le développement de son affection et l'irritation par écoulement nasal n'est qu'une cause provoquante de la maladie, une impulsion dans un organisme, qui présente toutes les conditions nécessaires pour donner lieu à une manifestation de la diathèse arthritique. Nous savons bien que plusieurs praticiens et même certaines autorités médicales ne veulent admettre ni une diathèse pareille, ni ses affections nombreuses; mais, étant imbu des théories de nos savants maîtres de l'hôpital Saint-Louis, sous la direction desquels nous pouvions observer certains cas de manifestations arthritiques les plus frappantes, nous avouons fermement que la diathèse arthritique, avec ses différentes formes, n'est pas plus obscure pour nous que la diathèse scrofuleuse ou même syphilitique, et si la définition de l'arthritisme n'est pas

tout-à-fait facile, il nous semble que la définition de la scrofulose présente aussi certaines difficultés, et pour exprimer quelques idées sur ces diathèses nous sommes obligé de les décrire par leurs manifestations plus ou moins nombreuses.

Le sycosis de notre malade occupe maintenant la partie médiane de la lèvre supérieure, au-dessous de la sous-cloison du nez, dans une étendue de deux centimètres de largeur.

La partie malade est gonflée, boursoufflée, inégale, bosselée et très indurée à la base, douloureuse au toucher. De temps en temps, il se forme des croûtes qui se détachent souvent, en laissant une surface humide sécrétant un liquide séro-purulent ou séro-sanguinolent.

A la fin du mois de juillet, il se présenta à la consultation de l'hôpital Saint-Louis et fut soumis aux scarifications linéaires quadrillées.

Les premières scarifications ont produit immédiatement un résultat surprenant. Le gonflement aussi bien que les bosselures ou inégalités ont diminué considérablement. En dehors des scarifications, il emploie les injections dans les fosses nasales avec une infusion de feuilles de noyer.

Pour compléter le sujet que nous avons choisi pour notre thèse, c'est-à-dire le traitement des différentes affections de la peau par les scarifications, il nous faudrait encore exposer le traitement par cette méthode de l'épithélioma, des ulcères simples, de l'acné hypertrophique et des taches pigmentaires, mais, ne rencontrant de malades atteints de ces affections, ni dans les salles de l'hôpital, ni parmi les malades du dehors, et ne pouvant pas observer les résultats obtenus par les scarifications dans ces diverses affections, je suis forcé de renoncer complètement à la description du traitement de ces maladies, par la nouvelle méthode, ayant toutefois l'espérance que dans l'avenir, m'occupant des affections cutanées, j'aurai l'occasion de rencontrer les cas qui jusqu'ici m'ont fait défaut, et d'y appliquer la méthode des scarifications linéaires.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

Lupus érythémateux. — Nous en donnons trois observations personnelles : les deux premières concernant les malades traités par les scarifications linéaires, tandis que la troisième présente un cas de cette espèce de lupus traitée par le savon noir (savon à la potasse). Nous avons pris cette dernière observation pour faire la comparaison entre les deux principaux traitements du lupus érythémateux, et nous avons pu constater que les scarifications linéaires, dans cette forme la plus bénigne du lupus, sont moins actives que dans les autres formes de la même néoplasie. Les malades guérissent, il est vrai, au bout d'un certain temps ; mais le nombre de scarifications employées dans ce but, doit être assez souvent plus considérable que celui qui est nécessaire pour guérir un lupus infiniment plus grave, comme, par exemple, le lupus vorax. — D'ailleurs, le savon noir et quelques autres substances inoffensives donnent des résultats plus favorables et plus rapides que les scarifications elles-mêmes.

Lupus acnéique. — C'est une forme particulière et assez rare de lupus, qui a été décrite récemment. On a employé contre elle, sans succès, tout le traitement, même les scarifications linéaires superficielles qui n'ont pas davantage réussi. Nous en donnons quatre observations personnelles qui nous ont servi à démontrer que le nouveau procédé de

M. Vidal, consistant à scarifier cette néoplasie bien plus profondément qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour, amène la guérison, à bref délai et sans récurrence.

Obs. IV, pers. — Elle nous paraît la plus intéressante. Il s'agit d'une femme âgée de 33 ans (sage-femme de l'hôpital Saint-Louis), qui a eu plusieurs affections strumeuses dans son enfance. Elle est atteinte d'un *lupus acnéique* datant d'une quinzaine d'années et siégeant au nez et aux deux joues. Outre les différentes pommades qu'elle a employées, avant d'entrer à l'hôpital, la malade fut soumise pendant plusieurs années aux divers traitements rationnels, dans les services de MM. Hillairet, Bazin, Laillier, sans aucun résultat.

Au commencement de 1881, elle se présente dans le service de M. Vidal. On la soumet aux scarifications linéaires, qui, pendant les deux premiers mois, furent assez superficielles et ne donnèrent aucun avantage. Mais aussitôt que M. Vidal pratiqua des scarifications plus profondes, l'amélioration fut rapide et la guérison survint au bout de deux ou trois mois.

Obs. V, pers. *Lupus acnéique des deux joues et du nez.* — Cocher, 50 ans; pas d'affections strumeuses dans son enfance. Sous l'influence de scarifications nombreuses, il y avait une amélioration notable, mais pas de guérison complète; car, à cette époque, M. Vidal n'avait pas employé encore des scarifications profondes.

Obs. VI, pers. *Lupus acnéique de la joue droite et du nez.* — Mlle X..., 21 ans. Pas de scrofule dans ses antécédents. Son *lupus* date de sept ans. Les différents topiques, aussi bien que les scarifications superficielles, n'ont

donné aucun résultat ; au contraire, les scarifications profondes ont amené une guérison rapide.

OBS. VII, pers. *Lupus acnéique du nez*. — S..., 27 ans. Pas de scrofulose. Lupus de six mois, à marche rapide. Au bout de quatre scarifications, une amélioration considérable.

Lupus tuberculeux exedens ou non exedens, forme la plus fréquente du lupus et la plus facile à guérir par scarifications. Nous en donnons quatorze observations, dont quelques-unes présentent un intérêt particulier.

OBS. VIII, pers. *Lupus tuberculeux-ulcéreux des deux joues et du nez*. — Marie S..., âgée de 27 ans, couturière. Quelques antécédents scrofuleux. Lupus datant de quatre ans. Traitement par les caustiques, sans résultat. Traitement par scarifications, durant pendant dix mois, a amené une guérison complète.

OBS. IX, pers. *Lupus tuberculeux-ulcéreux de la joue gauche*. — Datant de quarante ans. Guérison. Ferdinand X..., 47 ans, maître d'hôtel. Plusieurs manifestations strumeuses dans son enfance. Pas de syphilis ; pas d'alcoolisme. Son lupus a débuté à l'âge de 7 ans. A différentes époques, la partie malade fut cautérisée avec la pâte de Vienne, le fer rouge, l'huile de noix d'acajou, etc., et chaque fois, il y avait des améliorations considérables ou même des guérisons complètes, qui se prolongeaient pendant quelques années, mais, ensuite, la néoplasie apparaissait de nouveau. Il a eu cinq accès d'érysipèle, dans le cours de sa maladie, mais ils n'ont produit aucune amélioration. Le dernier, même, aggrava le lupus. En 1880, la néoplasie

a pris un caractère très destructif : l'ulcération a augmenté considérablement. La sécrétion est devenue abondante, le gonflement plus grand. On le soumet aux scarifications linéaires. Amélioration rapide au début, plus lente dans la suite. Guérison au bout d'une année de scarifications hebdomadaires.

OBS. X, pers. *Lupus tuberculo-ulcéreux du nez.* — Amélie L..., 23 ans. Domestique. Pas de scrofuleuse. Pas de syphilis. Son lupus date d'un an. Scarifications pendant dix mois. Amélioration considérable, presque guérison.

OBS. XI pers. *Lupus tuberculeux de la joue droite et des oreilles.* — Enfant de 3 ans, scrofuleux. Le lupus date de 18 mois. Guérison au bout de 3 mois de scarifications répétées tous les huit jours.

OBS. XII. pers. *Lupus tuberculeux ulcéreux, exubérant avec formation de croûtes épaisses sur les parties malades.* — Mademoiselle Rose, 22 ans, couturière. Strumeuse; pas de syphilis. Son lupus de la fesse date de 10 ans et celui du bras de deux ans. Guérison obtenue par une douzaine de scarifications.

OBS. XIII, pers. *Lupus tuberculeux (tumidus) de la joue droite et de l'aile du nez.* — Mademoiselle Berthe B..., 24 ans, modiste. Quelques manifestations scrofuleuses; pas de syphilis. Traitement par scarifications, a duré 2 ans à cause d'interruptions bien longues. Guérison.

OBS. XIV, pers. *Lupus tuberculeux du nez.* — Madame X., 32 ans. La durée de la maladie est de 2 ans. Guérison, après trois séances de scarifications précédées de râclage.

OBS. XV pers. *Lupus tuberculeux de l'oreille droite et*

dunez. — Mademoiselle E., 22 ans. Le lupus du nez, d'autant de deux ans, est guéri, au bout de quelques scarifications précédées de râclages. Le lupus de l'oreille, durant depuis 14 ans, est amélioré notablement, mais non guéri, par le même procédé.

OBS. XVI. pers. *Lupus tuberculeux de la joue droite.* — Mademoiselle Berthe, 18 ans. Lupus de 5 ans. Scarifications depuis 15 mois. Guérison.

OBS. XVII, pers. *Lupus tuberculeux de la joue droite.* — Garçon de 11 ans. Lupus de 7 ans. Traitement par scarifications et râclage. Guérison.

OBS. XVII, pers. *Lupus tuberculeux de la fesse gauche.* — Garçon de 10 ans. Guérison au bout de 5 mois de scarifications hebdomadaires.

OBS. XIX pers. *Lupus tuberculeux de la joue droite.* — Garçon de 11 ans. Lupus de 7 ans. Scarification pendant 8 mois. Guérison.

OBS. XX de Balmano-Squire. *Lupus tuberculeux de la face* de 25 ans, chez une fille âgée de 27 ans. Scarifications et râclages. Guérison.

OBS. XXI, pers. *Lupus tuberculeux de la joue et du nez.* — Amélioration par scarifications.

Lupus vorax. — Dans cette forme, la plus grave et la plus destructive de lupus, les scarifications linéaires ont donné de meilleurs résultats que dans toutes les autres affections cutanées, pour lesquelles on a essayé ce mode de traitement.

OBS. XXII, pers. *Lupus vorax de l'aile gauche du nez et de la muqueuse nasale.* — N..., 17 ans, tailleur d'ha-

bits, scrofuleux. Lupus de 4 ans. Traitement par scarifications de la lésion cutanée et par le râclage de la néoplasie de la muqueuse nasale. Guérison au bout de 4 mois.

OBS. XXIII. *Lupus rongeur en surface et végétant exulcérant du nez.* — Sous l'influence des râclages et des scarifications, une guérison complète et la disparition de difformités hideuses.

OBS. XXIV, pers. *Lupus vorax de la joue, du nez, de la paupière inférieure, de la conjonctive et de la cornée.* — Ectropion. Trouble de la vue. Mademoiselle B..., 22 ans. Strumeuse. Lupus de cinq ans. Les caustiques ont donné de bons résultats, mais passagers et avec des cicatrices. Les scarifications ont duré deux ans, à cause des longs intervalles nécessités par le traitement de l'ectropion. Guérison complète.

OBS. XXV. pers. *Lupus vorax du nez.* — Guérison au moyen de dix scarifications.

OBS. XXVI, XXVII, XXVIII et XXIX. — Elles sont empruntées à différentes thèses. On y trouve quatre cas de *lupus vorax* traités et guéris par scarifications linéaires.

OBS. XXX, pers. *Lupus ulcéreux et rongeur de la face et du nez.* — M^{lle} N..., 18 ans, strumeuse, *lupus* de dix ans. Scarifications multiples ne produisant qu'une amélioration relative.

OBS. XXXI de M. Poyet. — Scrofulide pharyngo-laryngée traitée par scarifications, grattage et application de poudre d'iodoforme. Guérison.

OBS. XXXII. *Lupus vorax de l'oreille.* — Au bout de

quinze scarifications il y avait déjà une amélioration considérable.

Le traitement de taches vineuses ou érectiles, par scarifications linéaires, est décrit dans les observations XXXIII, XXXIV, XXXV, XXXVI. On voit une amélioration plus ou moins notable chez les quatre malades : les taches proéminentes deviennent plus planes, la couleur violacée ou livide se transforme en une couleur rosée plus claire et pâle ; mais, pas de guérison complète.

Couperose ou acné rosacea. — Le traitement par scarifications a donné de meilleurs résultats que tous les autres moyens employés jusqu'à aujourd'hui.

Obs. XXXVII, pers. *Couperose arthritique*. — A., 30 ans. Pas de scrofulose ; pas d'alcoolisme. Syphilis à dix-huit ans. La couperose date de quinze ans. Traitement par scarifications a duré une année ; mais il y avait des interruptions prolongées. Guérison.

Obs. XXXVIII, XXXIX, pers. Couperoses traitées par scarifications linéaires et guéries au bout de quelques semaines.

Dans le traitement du sycosis, les scarifications ont donné de meilleurs résultats que tous les autres moyens thérapeutiques, même que le traitement par épilation des parties malades.

Obs. XL, pers. *Sycosis de la lèvre supérieure traité par les scarifications linéaires*. — Le même malade que nous citons dans notre neuvième observation, atteint d'un lupus

tuberculeux-ulcéreux. Sa guérison est venue au bout de quatre ou cinq mois de scarifications hebdomadaires.

OBS. XLI, pers. *Sycosis de la joue*. — Guérison au bout de quelques semaines de scarifications.

OBS. XLII, XLIII, XLIV, pers. — Dans ces trois cas de sycosis, le traitement par scarifications a donné des résultats très satisfaisants.

CONCLUSION

Après avoir étudié le plus grand nombre d'affections cutanées, dans lesquelles on a appliqué les scarifications linéaires, comme moyen de traitement de ces maladies, après avoir fait la comparaison, entre les résultats obtenus par cette méthode nouvelle et par les différents moyens thérapeutiques ou chirurgicaux employés jusqu'à ce jour et en m'appuyant, non-seulement sur les opinions des autorités les plus compétentes dans ce mode de traitement moderne, mais encore sur des cas nombreux que j'ai eu l'occasion d'observer, en étudiant cette branche dermatologique, je suis arrivé à cette conviction, que le traitement de plusieurs affections cutanées par la méthode dite des *scarifications linéaires* peut être considéré comme le moyen le plus efficace, le plus rapide et donnant des résultats plus satisfaisants que tous les autres moyens thérapeutiques ou chirurgicaux employés jusqu'à aujourd'hui.

Amélioration rapide, guérison prompte et plus assurée contre les récidives ; cicatrices blanches, minces, lisses, lorsqu'il s'agit d'un lupus, tels sont les avantages du traitement de certaines affections de la peau par les scarifications linéaires.

Mais dans aucune maladie cutanée, ces avantages ne sont aussi frappants, aussi surprenants, et en même temps d'une importance aussi capitale, que dans le lupus vorax,

cette forme la plus grave de lupus, qui produit des destructions considérables, des difformités hideuses et quelquefois menace les jours des malades.

Assez souvent, trois ou quatre scarifications sont suffisantes pour arrêter la marche destructive de la maladie, et un traitement de quelques mois, pour obtenir la guérison complète, avec des cicatrices notablement moins difformes que celles obtenues auparavant, par tous les autres moyens de traitement de cette affection.

Je reconnais bien que même cette méthode présente certains inconvénients plus ou moins fâcheux, comme la douleur qui chez quelques malades est assez intense, une certaine hémorrhagie et quelquefois la nécessité de continuer ce traitement et de répéter les scarifications pendant un espace de temps assez prolongé ; mais les avantages incontestables obtenus par cette méthode, sont tellement prédominants sur tous les autres moyens appliqués dans les mêmes cas pathologiques, que le traitement par *scarifications linéaires* doit prendre la première place dans plusieurs affections cutanées et principalement dans les affections les plus rebelles et les plus opiniâtres à tous les autres modes de traitement.

En remerciant M. Mathieu de l'obligeance avec laquelle il a bien voulu nous prêter les clichés nécessaires à la reproduction de certains instruments dermatologiques, nous croyons devoir donner ici la nomenclature de ceux de ces instruments qui sont le plus souvent employés dans les différents services de l'hôpital Saint-Louis.

1° *Scarificateur de M. Vidal*, dont j'ai donné la description assez étendue dans le chapitre I, où il est question des scarifications, en général ;

2° *Scarificateur à manche rond de M. Vidal*, destiné à pratiquer la scarification ponctuée. Cet instrument ressemble beaucoup au scarificateur de M. Hébra, avec cette différence cependant, que le manche du second est aplati, tandis que celui du premier est rond et plus facile à tourner dans les différents sens, lorsqu'on le tient dans le creux de la main ;

3° *Curette de M. Vidal*. — Elle diffère de la curette ordinaire en ce que les bords latéraux sont supprimés, elle est ouverte de chaque côté et se présente sous la forme d'une lame étroite, courbée en arc et dont les bords sont tranchants. Cette curette possède cet avantage qu'on peut la nettoyer et la débarrasser du tissu râclé, très facilement. Il suffit pour cela de la plonger dans l'eau et de remuer légèrement. Toute la substance accumulée dans sa concavité sera enlevée. Le nettoyage de la curette ordinaire est beaucoup plus difficile ;

Fig. 1

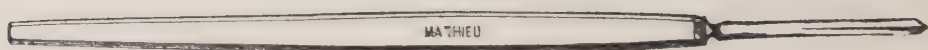


Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5

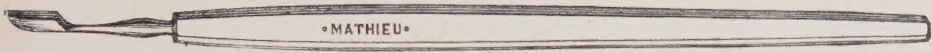


Fig. 6

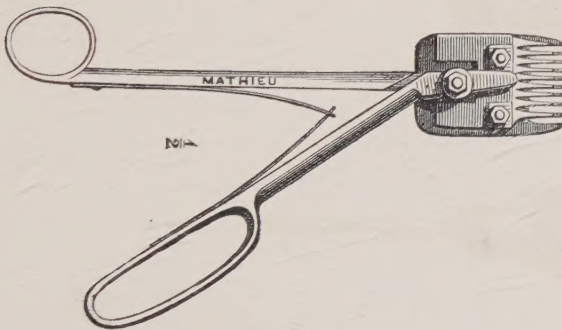
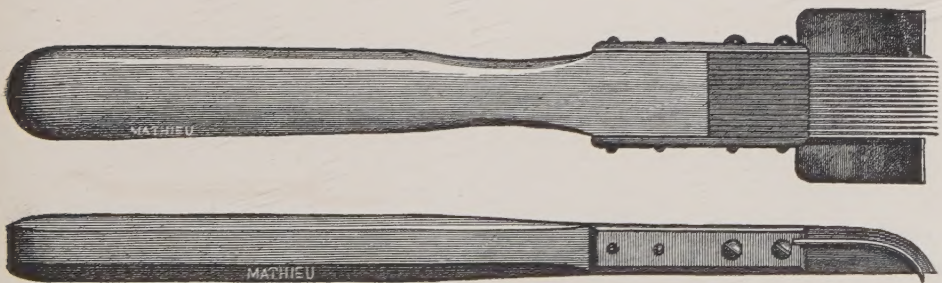


Fig. 7



4° *Curette de M. Besnier*, fenêtrée ou non fenêtrée;

5° *Curette de Balmano-Squire*, ouverte à sa base, du côté du manche ;

6° *Tondeuse de Balmano-Squire* ;

7° *Scarificateur multiple* (à douze ou seize lames) de Balmano-Squire. La description détaillée de cet instrument se trouve dans notre chapitre *des scarifications en général*.

